

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Vliv rehabilitace u lidí s DMO**

**The Influence of Rehabilitation in People with Cerebral Palsy**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Poláčková

Autor:

Nikola Lungerová

Praha 2018

**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Janě Poláčkové za její cenné rady, připomínky a za čas, který mi věnovala při vedení bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem třem respondentům za jejich vstřícnost, trpělivost a ochotnou spolupráci.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Vliv rehabilitace u lidí s DMO“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 29.04.2018

Nikola Lungerová

**Anotace:**

Tématem práce je vliv rehabilitace u lidí s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO).

V teoretické části práce jsou uvedeny základní pojmy a charakteristika DMO, možnosti léčby a terapie, rehabilitace a její formy a v neposlední řadě jsou zde představeny některé z organizací specializující se právě na osoby s DMO, jejich podporu a přijetí.

Praktickou část práce tvoří 3 kazuistiky osob (klientů) s DMO. Ty jsou rozděleny na anamnézu osobní, rodinnou, zdravotní, pedagogickou a pracovní.

Cílem práce je zjistit, s jakými formami rehabilitace se klienti ve svém životě setkali, jakým způsobem je využívali či nevyužívali a jaký vliv to mělo na jejich celkový zdravotní stav. Dále pak s ohledem na získaná data porovnat zkušenosti a výsledky, které rehabilitace těmto klientům přinesla.

V práci jsou využity tyto prostředky – analýza odborných pramenů, rozhovor a dotazník.

**Klíčová slova:**

Dětská mozková obrna, formy DMO – hemiparetická forma, bilaterální spastické formy, dyskinetická forma, cerebelární forma, smíšené formy, neobvyklé formy, farmakoterapie, ortopedická terapie, bazální stimulace, Bobath koncept, Vojtova metoda reflexní lokomoce, léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, pracovní rehabilitace, pedagogická rehabilitace, organizace pro osoby s DMO

**Annotation:**

Subject of this work is to negotiate impact of rehabilitation of people disabled (handicaped) by Cerebral palsy (in further text CP, or in Czech as DMO – dětská mozková obrna).

In the theoretical part of this work, basic terms and characterization are defined, and, last but not least, some of organizations specialized and active in curing just CP (DMO) disabled people, in their support and welfare, etc., are introduced.

The practical part of the work consists of three (3) casuistries of people (clients) having been stricken (disabled) by the CP. They are divided into individual (personal), family, health, pedagogical and labour case history- anamnesis.

Objective of this work is to detect (find out) what forms of rehabilitation the clients have met in their lives, in what way they have or not used them and how they have influenced their overall health shape. Other aim, with regard to data obtained, was to compare results and experience that the clients gained owing to the rehabilitation.

Following working tools have been applied during the work – expert information sources analysis, interviews, questionnaire.

**Keywords:**

Cerebral palsy, cerebral palsy forms – hemiparetic form, bilateral spastic forms, dyskinetic form, cerebellar form, hybrid forms, atypical forms, pharmacotherapy, orthopedic therapy, basal stimulation, Bobath concept, reflex locomotion, health rehabilitation, social rehabilitation, work rehabilitation, pedagogy rehabilitation, organizations for people with cerebral palsy

# Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>CHARAKTERISTIKA DMO .....</b>	<b>10</b>
2.1	Pojem DMO a jeho vymezení .....	10
2.2	Etiologie DMO .....	11
2.3	Formy DMO .....	12
2.3.1	Hemiparetická forma DMO .....	12
2.3.2	Bilaterální spastické formy DMO .....	13
2.3.3	Dyskinetická forma DMO .....	15
2.3.4	Cerebelární forma DMO .....	16
2.3.5	Smíšené formy DMO .....	16
2.3.6	Neobvyklé obrazy DMO .....	16
2.3.7	Další možnosti dělení DMO .....	17
<b>3</b>	<b>MOŽNOSTI LÉČBY A TERAPIE.....</b>	<b>18</b>
3.1	Farmakoterapie.....	18
3.2	Ortopedická terapie DMO .....	20
3.2.1	Operace na dolních končetinách .....	21
3.2.2	Operace na horních končetinách .....	21
3.2.3	Operace v oblasti páteře.....	22
3.2.4	Pooperační péče .....	22
3.2.5	Ortély.....	23
3.3	Bazální stimulace .....	23
3.4	Bobath koncept.....	25
3.5	Vojtova metoda reflexní lokomoce .....	26
3.6	Některé další možnosti terapie .....	26
<b>4</b>	<b>REHABILITACE.....</b>	<b>29</b>
4.1	Léčebná rehabilitace.....	29
4.2	Sociální rehabilitace .....	30
4.3	Pracovní rehabilitace .....	31
4.4	Pedagogická rehabilitace.....	32
4.5	Pomáhající technologie v rehabilitaci .....	33
<b>5</b>	<b>ORGANIZACE PRO OSOBY S DMO .....</b>	<b>36</b>

5.1	Organizace se sídlem v Praze.....	36
5.2	Letohrádek Vendula .....	37
5.3	Meta Kladno.....	38
<b>6</b>	<b>KAZUISTIKA č. 1 - Matěj .....</b>	<b>39</b>
6.1	Osobní anamnéza .....	39
6.1.1	Novorozenecké a batolecí období.....	39
6.1.2	Předškolní věk.....	40
6.1.3	Školní věk .....	40
6.1.4	Adolescence .....	41
6.1.5	Dospělost .....	42
6.2	Rodinná anamnéza .....	43
6.3	Zdravotní anamnéza .....	43
6.3.1	Operace .....	44
6.3.2	Léčebná rehabilitace .....	44
6.4	Sociální anamnéza.....	46
6.4.1	Sociální rehabilitace.....	46
6.5	Pedagogická a pracovní anamnéza.....	47
6.5.1	Pedagogická rehabilitace .....	47
6.5.2	Pracovní rehabilitace.....	48
6.6	Shrnutí.....	48
<b>7</b>	<b>KAZUISTIKA č. 2 – Zita.....</b>	<b>50</b>
7.1	Osobní anamnéza .....	50
7.1.1	Novorozenecké a batolecí období.....	50
7.1.2	Předškolní věk.....	51
7.1.3	Školní věk .....	51
7.1.4	Adolescence .....	52
7.1.5	Dospělost .....	53
7.2	Rodinná anamnéza .....	54
7.3	Zdravotní anamnéza .....	55
7.3.1	Operace .....	55
7.3.2	Léčebná rehabilitace .....	55
7.4	Sociální anamnéza.....	57
7.4.1	Sociální rehabilitace.....	57
7.5	Pedagogická a pracovní anamnéza.....	58
7.5.1	Pedagogická rehabilitace .....	58

7.5.2	Pracovní rehabilitace.....	59
7.6	Shrnutí.....	59
<b>8</b>	<b>KAZUISTIKA č. 3 – Václav .....</b>	<b>61</b>
8.1	Osobní anamnéza .....	61
8.1.1	Novorozenecké a batolecí období.....	61
8.1.2	Předškolní věk.....	61
8.1.3	Školní věk .....	62
8.1.4	Adolescence .....	63
8.1.5	Dospělost .....	63
8.2	Rodinná anamnéza .....	64
8.3	Zdravotní anamnéza .....	65
8.3.1	Operace .....	65
8.3.2	Léčebná rehabilitace .....	65
8.4	Sociální anamnéza.....	67
8.4.1	Sociální rehabilitace.....	67
8.5	Pedagogická a pracovní anamnéza.....	68
8.5.1	Pedagogická rehabilitace .....	68
8.5.2	Pracovní rehabilitace.....	69
8.6	Shrnutí.....	70
<b>9</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>10</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>75</b>
<b>11</b>	<b>RESUMÉ/SUMMARY.....</b>	<b>77</b>
<b>12</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>78</b>



# 1 ÚVOD

Téma pro bakalářskou práci jsem si vybrala na základě svých zkušeností z praxe. Ve svém prvním zaměstnání (kam jsem nastoupila roku 2015) jsem měla možnost seznámit se s klientkou s diagnózou DMO. V zařízení byla ubytována pouze přechodně, jelikož to nebylo jejím potřebám uzpůsobeno (zařízení je určeno klientům s poruchou autistického spektra). Během roku, který zde strávila jsme spolu navázaly kamarádský vztah a já se začala o danou problematiku aktivně zajímat. Zaujaly mě především klientčiny pokroky v ohebnosti a hybnosti, kterých za daný rok díky cvičení a snaze o rehabilitaci dosáhla. Z jejího vyprávění jsem věděla, že v době před nástupem do zařízení několik let necvičila a nerehabilitovala vůbec. A právě díky tomu byla její hybnost značně omezena. Měla jsem tedy možnost pozorovat výsledky tzv. „v přímém přenosu“. Velmi mě těšilo její nadšení ze sebemenšího pokroku a její víra v celkové zlepšení zdravotního stavu. S klientkou jsem v kontaktu dodnes. V mé práci je zároveň respondentkou č. 2.

Po nějaké době se mi naskytla příležitost pracovat v zařízení pro osoby s tělesným postižením. Většina klientů má diagnózu DMO. Zde jsem se seznámila s respondentem č. 1, který mě k sepsání práce na toto téma přímo inspiroval. Tento klient má velký sen vstát z vozíku a pohybovat se (alespoň na krátkou vzdálenost) pomocí berlí. Ve cvičení a rehabilitaci vidí prostředek k jeho splnění.

Respondent č. 3 je současným partnerem mé kamarádky (respondentka č. 2). Cvičení a rehabilitace jej provází celý život a byl ochotný podělit se se mnou o svůj příběh a zodpovědět mé otázky.

Práce je členěna na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou uvedeny základní pojmy a charakteristika DMO, možnosti léčby a terapie, rehabilitace a její formy, a dále jsou zde představeny některé z organizací specializujících se právě na osoby s DMO.

Praktickou část práce tvoří 3 kazuistiky. Ty jsou rozděleny na anamnézu osobní, rodinnou, zdravotní, pedagogickou a pracovní.

## 2 CHARAKTERISTIKA DMO

V této kapitole se pokusím obecně vymezit pojem Dětská mozková obrna, jeho projevy a příčiny vzniku. Ty můžeme dělit na příčiny prenatálního rázu, perinatální a postnatální. Dále se zaměřím na jednotlivé formy DMO a jejich typické znaky.

### 2.1 Pojem DMO a jeho vymezení

Dětskou mozkovou obrnu popsal jako první anglický chirurg J. Little okolo roku 1840. Choroba byla nazvána právě po něm, a název Littleova choroba se užíval až do cca poloviny 20. století.<sup>1</sup> Poté byl její název změněn.

Dětská mozková obrna je zřejmě nejčastějším neuro-vývojovým onemocněním. Neuro-vývojové syndromy obecně představují funkční omezení způsobené nervovou chorobou. Začínají se projevovat již v raném věku a postihují řadu oblastí. Je to například oblast kognitivních schopností, hybnost, zrak, sluch, způsob chování ad. Disabilita se může projevit v jedné nebo více oblastech najednou.<sup>2</sup>

*„DMO je neprogresivní, ale nikoli neměnné postižení. Nejvýraznější jsou změny na muskuloskeletálním systému. Spasticita (zvýšené svalové napětí – zejména na kosterní svalovinu) omezuje u osob s DMO normální hybnost a nedovoluje sval spontánně protahovat. Výsledkem je pak vynucené držení těla, porucha správného růstu svalu a vznik kontraktur, deformit kloubů a kostí.“<sup>3</sup>*

Kromě postižení motorického, které je pro diagnózu DMO typické, se mohou objevovat i další projevy onemocnění. Nejčastějšími přidruženými problémy jsou v případě dětské mozkové obrny epilepsie, zrakové obtíže (např. poruchy zrakové ostrosti, strabismus), poruchy učení, inkontinence, mentální retardace (zde je škála hodně široká, pohybuje se v rozmezí normální inteligence, až po těžkou mentální retardaci) ad. Častý je také slinotok, který trápí až 50 % pacientů a je obtížně léčitelný.

Prvním z příznaků dětské mozkové obrny, který často bývá zároveň důvodem k vyšetření, je opožděný vývoj hrubé motoriky. Pokud je dítěti DMO diagnostikováno, je třeba provádět pravidelná zhodnocení jeho zdravotního stavu. Hodnotí se hrubá a jemná motorika, zrak, sluch, řeč, funkce intelektu, sociální a emoční vývoj. Kromě rozvoje těchto funkcí jsou

---

<sup>1</sup> KUDLÁČEK, Miroslav. Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál, 2012., **str. 27**

<sup>2</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., **str. 21**

<sup>3</sup> Tamtéž., **str. 23**

sledovány i fyzikální charakteristiky vývoje (např. zpomalený růst). Na základě těchto pozorování a hodnocení je sestaven léčebný plán. Pro jeho vypracování je třeba znát, co je pacient schopný provést. Hodnocení pak obsahuje srovnání činností a vývoje s očekávanou věkovou normou.

## 2.2 Etiologie DMO

J. Little a někteří jeho následovníci se domnívali, že onemocnění vzniká v důsledku těžkého a komplikovaného porodu. Tuto hypotézu odmítá rakouský neurolog S. Freud, který přichází s vlastní hypotézou (která byla později potvrzena neurofyzilogickými výzkumy), že komplikovaný porod je spíše důsledkem poruchy, která má svůj původ v průběhu těhotenství. Z četných studií dnešní doby vyplývá, že 75-80 % případů spadá do období prenatalního vývoje, tudíž Freudovu hypotézu potvrzují.<sup>4</sup>

M. Kudláček ve své publikaci uvádí, že v současné době připadají na 1000 živě narozených dětí 2-3 novorozenci, kterým je diagnostikována DMO. Z porovnání s americkou studií z 80. let 20. století, kterou ve své knize zmiňuje i J. Kraus, vyplývá, že dochází k mírnému vzrůstu počtu jedinců s touto diagnózou. Oba autoři podporují hypotézu, že za tento (nikoli vysoký) nárůst může celkové zlepšení lékařských služeb a snaha o snížení novorozenecké úmrtnosti. Zjednodušeně řečeno, díky kvalitě současné lékařské péče přežijí i ti novorozenci, u kterých by to před dvaceti a více lety nebylo možné. Díky tomu pak dochází k nárůstu počtu jedinců s touto diagnózou.

Příčiny dětské mozkové obrny se obvykle rozdělují podle období vzniku na prenatalní (před porodem), perinatální (během porodu) a postnatální (po porodu).

Jedním z významných rizikových faktorů, které ovlivňují vznik DMO, je nízká porodní hmotnost. Většinou se uvádí hranice okolo 1500 g. Dalším rizikovým faktorem je například infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství (např. zarděnky), Rh-inkompatibilita mezi matkou a dítětem, nutriční deficit (např. deficit jódu může být příčinou poškození mozku), nezdravý životní styl matky a nadměrný příjem toxinů (alkohol a jiné návykové látky).

---

<sup>4</sup> KUDLÁČEK, Miroslav. Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál, 2012., str. 27-29

Jak jsem již naznačila výše, jednou z významných příčin vzniku DMO je předčasný porod a nezralost novorozenců. Na jedné straně dochází k poklesu mortality předčasně narozených novorozenců, na straně druhé ale dochází ke zvyšování morbidity u novorozenců nezralých.

Z příčin postnatálních bych jmenovala například porodní asfyxii, při které dochází k dušení dítěte a nedostatku kyslíku bezprostředně po porodu. Další příčinou, způsobující DMO, může být infekce novorozence nebo dítěte (např. bakteriální meningitida nebo encefalitida), mozkový infarkt či krvácení do mozku ad.<sup>5</sup>

Příčin vzniku DMO může být mnoho, a ne vždy se dají s určitostí zjistit.

## 2.3 Formy DMO

Existuje více způsobů, jak jednotlivé formy dětské mozkové obrny rozdělit a popsat. Já ve své práci využiji dělení, které je uvedeno v knize J. Krause a kol.: Dětská mozková obrna. Praha: Grada 2005. Informace o jednotlivých formách DMO dále rozšířím o poznatky získané z dalších publikací a odborných článků.

J. Kraus rozděluje DMO do šesti základních forem, které se dále mohou dělit. Jedná se o formy: hemiparetickou, bilaterální, dyskinetickou, cerebelární, formy smíšené a neobvyklé.

### 2.3.1 Hemiparetická forma DMO

*„Hemiparéza je jednostranná porucha hybnosti, nejčastěji spastického typu. Můžeme ji dále rozdělit na kongenitální a získanou.“<sup>6</sup>*

**Kongenitální hemiparéza** je v knize J. Krause definována jako centrální hemiparéza při lézi, která vznikla před koncem neonatálního období (do 28. dne věku) a tvoří 70-90 % případů hemiparetické formy DMO. Chlapci jsou v tomto případě postiženi častěji a mírně zde převažuje pravostranné postižení. K manifestaci onemocnění dochází zpravidla mezi 4.-5. měsícem věku, kdy převažují nápadně jednostranné pokusy o úchop. Obvyklé je držení jedné ruky v pěst a flexe (ohnutí) v lokti. Postižené končetiny bývají rotovány směrem dovnitř, postižení dolních končetin je patrné až v době, kdy dítě začíná chodit

---

<sup>5</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 40-42

<sup>6</sup> Tamtéž., str. 69

(viz obrázek č. 1). Dítě je schopné přetočit se samo na břicho (otáčí se přes postiženou stranu, později, než je obvyklé u zdravých dětí), polohu „na čtyřech“ ale většinou nezvládne. Těžiště přenáší na zdravou stranu těla, a i hlava inklinuje tímto směrem. Hybnost tváře v případě kongenitální hemiparézy nebývá změněna, na rozdíl od hemiparézy získané. Růst postižené poloviny těla je opožděný a omezená hybnost horní končetiny zde může mít různou míru. Při mírné hemiparéze je zachován pinzetový úchop a pacient je schopen provádět izolované pohyby prsty. Při střední hemiparéze zvládá pouze pohyb celé ruky a při těžké formě pacient ruku takřka nepoužívá. Zhruba u ¼ pacientů s kongenitální hemiparézou se vyskytují defekty zrakového pole (např. strabismus) a epilepsie se vyskytuje v 27-44 % případů. Poměrně častý je i mentální deficit, který se vyskytuje u 18-50 % pacientů a má značnou souvislost s výskytem epilepsie (téměř ¾ pacientů s epilepsií mají i mentální retardaci)

**Získaná hemiparéza** se obecně může objevit v různém věku, většinou se ale projeví v prvních 3 týdnech života. Počátek obvykle provázejí akutní křeče nebo i bezvědomí, od počátku obtíží se většinou objevuje pseudochabá hemiparéza. Příčiny vzniku mohou být rozmanité. Může se jednat o důsledek migrény, zánětu, traumatu, cévního onemocnění ad. Pokud se onemocnění projeví v kojeneckém věku, je těžké odlišit, zda se jedná o hemiparézu kongenitální nebo získanou. K diagnóze může pomoci přítomnost pseudochabého stadia a parézy lícního nervu. Obojí svědčí o hemiparéze získané. U většiny pacientů se rozvine spasticita, míra postižení pak bývá různá – od mírné po těžkou.<sup>7</sup>

### 2.3.2 Bilaterální spastické formy DMO

Při bilaterálních formách DMO jsou postiženy obě poloviny těla. Nejčastější je forma diparetická, dalšími formami jsou ataktická diparéza, triparetická forma a kvadruparéza.<sup>8</sup>

U **diparetické formy** bývá výraznější postižení dolních končetin, postižení horních končetin bývá mírné. Objevuje se až u 4/5 dětí s DMO s prematuritou a u 5-10 % novorozenců s porodní hmotností nižší než 1500 g. Děti s diparézou bez prematurity mívají mnohem těžší postižení než ty s prematuritou. Při asfyxii se diparetická forma DMO projeví u zhruba 1/3 dětí. I u diparetické formy DMO se objevuje charakteristické držení těla. Jedná se o neúplné napřímení trupu, předsunutí ramen, případně flexe loktů a ručních kloubů. Na dolních končetinách pak dochází k flexi kyčlí a kolenou, stehna jsou ve vnitřní rotaci a

---

<sup>7</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 69-73

<sup>8</sup> Tamtéž., str. 73

charakteristický je stoj na špičkách (viz obrázek č. 2 a 3). U většiny novorozenců nastává v prvních 6–12 měsících fáze latence. Poté následuje rozvoj hypotonie (snížené napětí svalů) a dystonie (abnormální napětí svalů), kdy se objevují mimovolné pohyby a zvýšení svalového tonu (napětí) při jakékoliv změně polohy. Dále dochází k opoždění vývoje vzpřimování, díky čemuž se dítě nedokáže správně posadit. Dosáhne-li dítě schopnosti chůze, chodí po špičkách (což je jedním z charakteristických znaků diparetické formy). Při těžké formě postižení nemá dítě dostatečnou rovnováhu a dovednosti chůze vůbec nedosáhne. U diparetické formy mohou být přidružené zrakové obtíže (např. strabismus – ten je velmi častý), epilepsie se ale u těchto pacientů vyskytuje zřídka (cca v 16-27%). Intelektové schopnosti bývají ve většině případů zachovalé, převažuje normální, případně hraniční intelekt. Snížená úroveň intelektu se v tomto případě pojí s výraznějším postižením na horních končetinách, které zároveň znamená i zhoršení motorických schopností.

Další z forem je **ataktická diparéza**. Ta může být kongenitální (vrozená), ale i získaná (např. hydrocefalus u kojenců) a vyskytuje se u zhruba 5-7 % případů DMO. Zpočátku je patrná výrazná hypotonie, která postupně přechází ve spasticitu s hyperreflexií (nadměrné reflexní pohyby). Často bývá narušena schopnost chůze a stoje bez pomoci. Postižení také negativně ovlivňuje využití jemné motoriky. Intelekt ale zůstává u zhruba 2/3 případů zachován v normě.

**Triparetická forma** DMO se týká dětí s prematuritou. Bývá také spojována s intraventrikulárním krvácením (krvácení do mozku). 80 % pacientů je výrazně motoricky postižených. Epilepsie se u této formy DMO vyskytuje zhruba v polovině případů, mentální deficit pak cca u 2/3 pacientů.

Poslední z bilaterálních forem, a zároveň nejtěžší formou dětské mozkové obrny vůbec, je **kvadruparéza**. Charakteristická je oboustranná spasticita (převážně na horních končetinách) a postižení bulbárního svalstva (vyvolává poruchy polykání, žvýkání, dýchání atd.). Téměř vždy je spojená s těžkou mentální retardací a mikrocefalií (zmenšená hlava), časté jsou malformace mozku. Etiologie může být prenatální, perinatální i postnatální, v některých případech není zjištělná. Vyskytuje se zhruba v 5 % případů. Pacienti s kvadruparézou představují závažný problém z hlediska péče, na které jsou zcela

závislí. Velmi časté jsou problémy s příjmem potravy, kdy pacient není schopen žvýkat ani polykat a hrozí zadušení. V těchto případech lze využít náhradní způsob výživy (např. PEG – perkutánní endoskopická gastronomie). Prognóza je u kvadraparézy velmi nepříznivá, většina pacientů s tímto postižením neopustí neonatální stupeň vývoje (neonatální období = od narození do 28. dne života).<sup>9</sup> (viz obrázek č. 4)

### 2.3.3 Dyskinetická forma DMO

Dyskinetická forma DMO se projevuje dominujícími abnormálními pohyby nebo posturami (tj. aktivní držení pohybových segmentů těla proti působení zevních sil) vznikajícími sekundárně při poruše koordinace pohybů nebo regulace svalového tonu. Tato forma DMO se vyznačuje pacientovou neschopností organizace a správného provedení volního pohybu a koordinace automatického pohybu. Přetrvávají zde primitivní pohybové vzory. Abnormální pohyby se objevují až mezi 5.-10. měsícem věku a zpočátku postihují především trup a dolní končetiny. Prvním z příznaků může být neschopnost výdrže v určité poloze a nadměrné otevření úst. Později se připojí mimovolné pohyby končetin, jejichž četnost a rozsah je individuální. Jen velmi malá část pacientů dosáhne stoje a chůze, jejímu rozvoji brání především nedostatečná kontrola tonu trupu. Objevují se přidružené potíže s výslovností a artikulací, polykáním a sliněním. Epilepsie je u této formy poměrně vzácná, časté jsou ale zrakové problémy. Mentální schopnosti jsou většinou v normě. Rozlišujeme dva typy dyskinetické formy – hyperkinetickou a dystonickou.

U **hyperkinetické formy** dominují masivní neúčelné mimovolní pohyby. Ty jsou vyvolány buď pokusem o volní pohyb nebo o udržení postury. Tento typ postižení má zhruba 1/3 pacientů s dyskinetickou formou DMO.

U **dystonické formy** jsou charakteristické náhlé a abnormální změny svalového tonu (nejčastěji trup a šíje). Objevuje se opakovaná tendence k přechodu do určité postury a k jejímu udržení pomocí stereotypního pohybového vzoru. Mohou se objevit i abnormální pohyby, ovšem v mnohem menší míře než u formy hyperkinetické. Tento typ postižení mají zhruba 2/3 pacientů s dyskinetickou formou DMO.<sup>10</sup>

Existuje i smíšená forma těchto dvou typů, ta je však poměrně vzácná.

---

<sup>9</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 73-80

<sup>10</sup> Tamtéž., str. 81

### **2.3.4 Cerebelární forma DMO**

Tuto formu má přibližně 7-15 % pacientů s DMO, jedná se o velmi rozmanitou skupinu. U většiny z nich se jedná o vrozené onemocnění, příčiny mohou být prenatální, ale i genetické. Příznaky se objevují až mezi 1.-2. rokem věku, kdy dítě začíná chodit. Projev je pozvolný. Dlouho přetrvává tzv. centrální hypotonický syndrom („žabí postura“ v poloze na břiše), apatie, psychomotorická retardace, poruchy artikulace a zrakové obtíže (strabismus, nystagmus). Časté jsou také obtíže při krmení, které doprovází časté zvracení. Děti s cerebelární formou DMO začínají chodit později, cca ve věku 3-4 let. Příznačné jsou pro ně časté pády bez snahy o vyrovnaní nebo obrannou reakci. U některých pacientů se připojuje i léze mozečkových hemisfér. Ti pak nechodí vůbec nebo až po 6. roce věku. Častý je lehký mentální deficit nebo autistické rysy. Těžká mentální retardace bývá v těchto případech velmi vzácná.<sup>11</sup>

### **2.3.5 Smíšené formy DMO**

U této formy se kombinuje více typů DMO. Častá je kombinace ataxie, dystonie a spasticity. Cerebelární příznaky se mohou kombinovat se všemi ostatními formami DMO. Pro pacienta, který má smíšenou formu, není důležitá její klasifikace, ale především podrobná funkční analýza, která je základem pro vypracování vhodné terapie.<sup>12</sup>

### **2.3.6 Neobvyklé obrazy DMO**

Tuto skupinu charakterizuje povšechná svalová hypotonie, která přetrvává po 2 až 3 roce věku a není primárně periferního původu při nervosvalové chorobě. Můžeme sem zařadit hypotonickou nebo atonickou formu. U většiny těchto dětí se také rozvíjí spasticita. Může zde být přítomno i rozsáhlé poškození míchy či mozkové malformace, díky čemuž může jít o jednu z nejtěžších forem DMO. Uvedla bych zde jako příklad takovéto formy Worster-Draughtův syndrom, který spočívá v těžké poruše řeči, hybnosti jazyka a volní hybnosti. Zachována je v tomto případě hybnost automatická a afektivní. Vážným problémem je slinění, kousání a polykání.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 84-85

<sup>12</sup> Tamtéž., str. 86

<sup>13</sup> Tamtéž., str. 87



### **2.3.7 Další možnosti dělení DMO**

Jak jsem zmiňovala již v úvodu této kapitoly (kap. 1.3 Formy DMO), existuje více způsobů dělení DMO. Například v publikaci J. Jankovského je DMO rozdělena pouze na dva základní typy, a to na spastickou DMO a DMO nespastickou. Do první skupiny je v tomto případě zařazena forma diparetická, hemiparetická a kvadraparetická. Ve skupině druhé, nespastické, se pak nachází forma hypotonická, dyskinetická (která je zde nazývána formou extrapyramidovou), dystonická, cerebellární a smíšená.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006., **str. 41-42**

### 3 MOŽNOSTI LÉČBY A TERAPIE

Při léčbě pacientů s DMO musíme mít na paměti, že jde o poškození mozkových struktur, které je nevratné. Pacienty tedy neléčíme v pravém slova smyslu, ale spíše používáme techniky a metody, které pomáhají projevy nemoci zmírnit. Můžeme je rozdělit do dvou skupin, a sice na metody kompenzace a reedukace. Kompenzaci chápeme jako soubor metod a technik, případně využívání protetických pomůcek, díky nimž může pacient provádět pohyby, které by bez této podpory nezvládl. Reedukace pak vychází z předpokladu, že některé pohybové vzory jsou součástí výbavy každého jedince a díky DMO došlo k jejich narušení. Snaží se o nalezení alternativních neurofyziologických drah a jejich obnovu.<sup>15</sup>

V současnosti tedy neexistuje pro osoby s DMO léčba, která by vedla k úplnému vyléčení. Příznaky lze modifikovat, abnormalita však stále přetrvává. Některé přidružené problémy a onemocnění se ale účinně léčit dají. Jedná se například o léčbu epilepsie, která není účinná vždy, nicméně zhruba v 50 % případů lze její manifestaci omezit na minimum. Dále pak korekce strabismu, která je možná užitím okluze či operačního zákroku.

Důležitá je také prevence. Zejména u pacientů se spasticitou, jejichž držení těla bývá abnormální a svaly postrádají protažení, mohou vznikat kontraktury (zkrácení svalu). Zkrácený sval následně porušuje funkci kloubu (nejvíce patrné je to u kolene). Těmto změnám se dá předcházet udržováním kloubů a svalů v neutrální poloze, například pomocí ortézy.<sup>16</sup>

V této kapitole se budu dále věnovat možnostem farmakoterapie, ortopedické terapie, metodám bazální stimulace, Bobath konceptu, Vojtově metodě reflexní lokomoce a některým dalším možnostem terapie, jako jsou například vodoléčba, hipoterapie ad.

#### 3.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie se zaměřuje především na léčbu spasticity. Ta je jednou z příčin nadměrné aktivity u DMO. Podle J. Krause „*Nadměrná svalová aktivita vytváří nerovnováhu, která ruší neutrální postavení kloubů, vede ke kontrakturám, abnormálním posturám a*

---

<sup>15</sup> KUDLÁČEK, Miroslav. Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál, 2012., str. 75

<sup>16</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 26-27

*k bolestivým stavům.*“<sup>17</sup> Definujeme ji na rychlosti závislém zvýšení napínacích reflexů, je patologickou reakcí a má výrazný vliv na pacientovi schopnosti.

K léčbě spasticity se využívají lokálně i celkově působící léčiva. Před zahájením této léčby je však třeba si položit otázku, zda tento způsob redukce spasticity může přinést pacientovi zlepšení jeho funkčních schopností či nikoli. Samotné zvýšení napínacích reflexů totiž nemusí nutně znamenat funkční handicap. Farmakologická léčba nadměrné svalové aktivity je vhodná právě u pacientů, jejichž hyperaktivita vyvolává funkční handicap nebo u nichž je riziko vzniku svalových kontraktur. Samotná farmakologická léčba není dostačující, je třeba ji doplnit o další metody. Pro optimální účinek je třeba najít jejich vhodnou kombinaci.<sup>18</sup>

V současné době je zřejmě neužívanější farmakologickou léčbou injekční aplikace **botulotoxinu**. Ten se poprvé objevil ve spojitosti s léčbou spasticity kolem roku 1990.<sup>19</sup> Jeho účinkem dochází k jejímu zmírnění, a tím pádem ke zlepšení hrubé motoriky dolních končetin. Základem pro indikaci aplikace botulotoxinu je především míra postižení, prognóza a stanovené cíle léčby. Nejlepších výsledků lze dosáhnout u osob s dynamickými kontrakturami. Pokud jsou kontraktury fixní, botulotoxin je nepřekoná. M. Kudláček v souvislosti s léčbou botulotoxinem ve své knize zmiňuje studii Remeckers z roku 2010, která se zaměřuje na účinek botulotoxinu na zlepšení dovednosti postižené horní končetiny. Z této studie vyplývá, že po aplikaci léku se prokazatelně zlepšil rozsah pohybu, ale nezlepšila se kvalita pohybu v oblasti manuálních dovedností (např. úchopu).<sup>20</sup> Účinek botulotoxinu může přetrvávat až 12 měsíců.

Dále uvedu 4 druhy léků, které patří v souvislosti s léčbou DMO k nejčastěji používaným. Jedná se o diazepam, baclofen, tizanidin a dantrolen.

**Diazepam** je nejdéle používané antispastikum, jehož účinek dosahuje vrcholu přibližně za hodinu od užití. Používá se při spasticitě spinálního původu (míšního), při hemiparéze je jeho efekt méně výrazný a více se pojí s nežádoucími účinky. Ty pro pacienta znamenají především celkový útlum a vysazení léku pak provází abstinенční příznaky.

**Baclofen** se užívá především u pacientů se spinální spasticitou a roztroušenou sklerózou. Celkově snižuje svalový tonus na horních i dolních končetinách a nástup jeho účinku je

---

<sup>17</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 135

<sup>18</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 136

<sup>19</sup> Tamtéž., str. 147

<sup>20</sup> KUDLÁČEK, Miroslav. Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál, 2012., str. 76

opravdu rychlý. U diparetické, hemiparetické a kvadraparetické formy DMO má ale méně výrazný efekt. Existuje také podezření, že u dětí zvyšuje tendenci k většímu počtu epileptických záchvatů, tato informace však zatím nebyla potvrzena.

**Tizanidin**, u nás známější jako Sirdalud, redukuje tonické napínací reflexy, polysynaptické reflexy a abnormální ko-kontrake (přetrvávající tonické kontrakce bez napětových a volních změn). Používá se při léčbě roztroušené sklerózy, poranění míchy a léčbě hybných projevů DMO. Vrchol účinku nastává zhruba hodinu až dvě po podání léku. Mezi nežádoucí účinky patří například suchost v ústech, únava, halucinace a zvýšení hodnot jaterních testů.

**Dantrolen** se doporučuje u spasticity mozkového původu, například u hemiparéz. Snižuje sílu maximální volní kontrakce, redukuje akční svalový potenciál, neovlivňuje ale hladké svalstvo ani myokard. Nejúčinnější je u nechodících pacientů s kvadraparézou. Usnadňuje polohování a jednoznačně zjednodušuje intimní hygienu. Mezi nežádoucí účinky patří slabost, malátnost a zvýšení hodnot jaterních testů. Neměl by se podávat déle než 3 měsíce.

Existují samozřejmě i další léčiva, jako je např. Riluzol, Klonidin ad., ty však nejsou využívána tak hojně, jako předchozí.<sup>21</sup>

### 3.2 Ortopedická terapie DMO

*„Ortopedická léčba nastupuje zpravidla v případě, že se pacient již dále nezlepšuje cvičením a jeho svalová nerovnováha při spasticitě mu nedovoluje dostat se do vyššího pohybového stadia, nebo v případě, kdy je třeba zabránit desaxacím (vybočení), sublucacím (částečné vykloubení) a luxacím (vymknutí) kloubu.“<sup>22</sup>* Cílem je umožnit pacientovi stoj/chůzi, sebeobsahu, manuální práci a adekvátní duševní rozvoj. U pacientů s těžkou kvadraparetickou formou DMO je cílem operace umožnění/zlepšení základní hygieny nebo zajištění sedu, a tím pádem možnosti náhradního pohybu na vozíku. Ortopedické operace můžeme rozdělit na operace na svalech a šlachách, na kloubech a na kostech. Výkony na svalech a šlachách se provádí do věku 6 let, zbylé pak od 6 let výše. Kromě samotné operace je třeba využít i dalších prostředků, zejména rehabilitace. Po operaci je cvičení opravdovou nutností. Pokud se po zákroku nepochvíjuje polohování a funkce, pro které byla operace

---

<sup>21</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 139-142

<sup>22</sup> Tamtéž., str. 159

provedena, během několika měsíců dojde k navrácení kontraktur. Při pooperační rehabilitaci se využívají nejrůznější dlahy a ortézy.<sup>23</sup>

### **3.2.1 Operace na dolních končetinách**

Operace je třeba provádět v co nejmenším počtu operačních sezení. To znamená, že úpravy se většinou dělají na obou končetinách zároveň. Zákroky na dolních končetinách můžeme rozdělit do 3 typů – operace v oblasti kyčelního kloubu, v oblasti kolenního kloubu a v oblasti hlezna a nohy.

**Operace v oblasti kyčelního kloubu** je považována za základní pro správný stoj a techniku chůze. Jedná se o nejvíce problematickou oblast a věk pacientů se v tomto případě neustále snižuje. Nejčastější postavení v oblasti kyčelních kloubů je u DMO addukční kontraktura s vnitřní rotací (stehna jsou díky tomu hodně „sevrěná“). Tato kontraktura má vliv na postavení pánve a páteře, ale i na postavení kolene a hlezna. Operace v oblasti kyčelního kloubu může být prováděna na měkkých tkáních i na kostech.

**Operace v oblasti kolenního kloubu** je také jedním ze základních operačních výkonů. Nejčastějším problémem jsou zde flexní (ohýbací) kontraktury kolen. Včasným výkonem na svalech je ale možné zabránit kostním změnám a patologickému sklonu kloubních ploch. Zřejmě nejčastějším operačním zákrokem v oblasti kolene je prolongace flexorů kolenního kloubu. Pooperační fixace je v tomto případě ale poněkud problematická. Korekci fixačními obvazy je třeba provádět postupně, aby nedošlo k přetažení nervů.

**Operace v oblasti hlezna a nohy** jsou také poměrně časté. Může se zde totiž objevit celá řada deformit. Ty mohou vznikat z různých důvodů, například přetažením Achillovy šlachy nebo nesprávným či vůbec žádným cvičením Vojtovy metody. Desaxace (vybočení) chodidel může vznikat i u dětí, které nikdy nechodily. Existují různé druhy operací, u kterých záleží jak na dané deformitě, tak na věku pacienta.<sup>24</sup>

### **3.2.2 Operace na horních končetinách**

Operace na horních končetinách jsou méně časté než na končetinách dolních, provádějí se pouze u cca 3-5 % pacientů. O nutnosti operace rozhoduje především hygiena, kosmetický

---

<sup>23</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 159-161

<sup>24</sup> Tamtéž., str. 161-167

vzhled a funkce končetiny. Operace můžeme rozdělit do 3 skupin – operace v oblasti ramene, v oblasti lokte a v oblasti zápěstí a ruky.

**Operace v oblasti ramene** se nejčastěji provádějí z důvodu addukční (adduktor = přitahovač) vnitřně rotační kontraktury. Méně častá je pak abdukční (abduktor = odtahovač) zevně rotační kontraktura.

**Operace v oblasti lokte** se obvykle provádějí při kontrakturách nad 90° (někdy se doporučuje nad 60°). Nejčastějším zákrokem je pak prolongace šlachy.

**Operace v oblasti zápěstí a ruky** dělíme na operace na měkkých tkáních a na kostech. Základní deformitou je v tomto případě flekčně pronační kontraktura, která bývá doprovázena flekční kontrakturou prstů a jejich deformitami (např. „labutí šíje“ nebo „sevřený“ palec).<sup>25</sup>

### 3.2.3 Operace v oblasti páteře

Obvyklými deformitami páteře u DMO jsou skolióza, kyfóza a lordóza. Skolióza se v případě kvadraparetické formy objevuje až u 78 % případů. Operace je spojena s větší krevní ztrátou, a to i v případě dokonalé operační techniky. U tohoto zákroku můžeme zaznamenat snížení plicních funkcí a v některých případech může dojít k poškození míchy. Operační řešení se nepoužívá v případě těžké mentální retardace pacienta, vitální kapacitě menší než 20-30 % a při poruchách nutrice.<sup>26</sup>

### 3.2.4 Pooperační péče

Po zákroku se používají sádrové fixace či ortézy na horních i dolních končetinách. Jejich užití závisí na typu operačního výkonu a obvykle se pohybuje od 3 týdnů do 3 měsíců. Následné polohování pak probíhá právě v ortézách nebo dlahách, které se přikládají střídavě během dne, eventuálně na noc.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 169-170

<sup>26</sup> Tamtéž., str. 167-168

<sup>27</sup> Tamtéž., str. 170-171

### 3.2.5 Ortézy

Ortézy by měly pacientům nahrazovat ztracenou či oslabenou funkci a měly by pozitivně ovlivňovat získané změny růstu. Můžeme je rozdělit do 3 typů – ortézy končetin, ortézy páteře a ortopedické vložky.

**Ortézy končetin** slouží pro stabilizaci a fixaci kloubů v žádané pozici, mohou být buď sériově vyráběné nebo zhotovované individuálně na míru. Patří sem i sádrové fixace, které se používají po provedení operačního výkonu.

**Ortézy páteře** neboli „korzety“ se používají při křivkách větších než 25°. Jejich úkolem je pozitivní ovlivňování deformity páteře v průběhu růstového období. Tyto ortézy jsou zhotovovány vždy individuálně.

**Ortopedické vložky** jsou nejčastějšími pomocnými prostředky v ortopedii. Správně zhotovená ortopedická vložka by měla být vyrobena dle sádrového odlitku. Jejím úkolem je korigovat postavení nohy při desaxaci (vybočení) chodidla. Můžeme je rozdělit na vložky stélkové (pokrývají celé chodidlo), tříčtvrteční (končí u kostí nártu) a podpatňkové (jsou jen pod patou).<sup>28</sup>

## 3.3 Bazální stimulace

*„Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který je orientován na všechny oblasti lidských potřeb. Pojem bazální znamená elementární neboli nejzákladnější, stimulaci pak chápeme jako nabídku podnětů všude tam, kde se jedinec díky svému postižení není schopen o jejich dostatečný přísun sám postarat.“*<sup>29</sup> Tento koncept se vyvinul v 70. letech 20. století a jeho autem je německý speciální pedagog dr. Andreas Fröhlich. Ten při jeho vytváření vycházel ze svých zkušeností při práci s dětmi s postižením. Autor klade důraz na interdisciplinárnost, koncept tedy vychází z poznatků pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie ad. Základní myšlenkou bazální stimulace je požadavek celistvosti. Vycházíme u něj z předpokladu, že vhodně použitými metodami a přístupy můžeme ovlivnit celého člověka.<sup>30</sup> Koncept bazální simulace předpokládá, že každý jedinec má potenciál se rozvíjet. K tomu je ale

---

<sup>28</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., **str. 174-177**

<sup>29</sup> HÁJKOVÁ, Vanda. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie. Praha: Somatopedická společnost, 2009., **str. 45**

<sup>30</sup> Tamtéž., **str. 80**

třeba nabídnout určitou škálu stimulů a podnětů, z nichž může dále profitovat. Metoda bazální stimulace se užívá především v zařízeních zdravotnických, zařízeních sociální péče, ale také ve vzdělávacích institucích (např. v rámci tzv. rehabilitačních tříd). Podněty, které postiženým osobám v rámci konceptu nabízíme, by se daly rozdělit do 6 skupin.

První z nich jsou **podněty somatické**. Jedná se o zprostředkování kontaktu s okolním světem, ale i vytvoření obrazu a vymezení vlastního těla. Primární zkušenost se vyvíjí dotykem, který vychází ze středu těla, postupuje ke končetinám a končí na prstech. Druhou skupinou jsou **podněty vibrační**. Použití vibrace navozuje intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech. Zdravý člověk tyto zkušenosti získá např. při stání a chůzi. Člověk s tělesným postižením však povědomí o vibraci a odporu proti tělu často vůbec nezískává. K vytvoření takovéto zkušenosti slouží právě tento druh stimulace. Třetí skupinou jsou **podněty vestibulární**. Ty zprostředkovávají informace o poloze těla a pohybu v prostoru. Jedná se většinou o pomalé kolébatvé pohyby, uskutečňované např. na velkém míči. Čtvrtou skupinou jsou **čichové a chuťové podněty**. Ty většina postižených dětí přijímá s velkým zájmem. Je však třeba z počátku používat podněty jasně dané a lehce rozlišitelné. Pátou skupinou jsou **podněty sluchové a zrakové**. U této skupiny musíme brát obzvlášť v úvahu individuální schopnosti a možnosti postižené osoby. Například stejné podněty, které poskytujeme dítěti, které má zrak v pořádku, nemůžeme nabízet pacientovi, který má zachované jen zbytky zraku a rozlišuje pouze světlo a tmu. U sluchových podnětů je vhodné kombinovat je i s dotykem nebo pohybem (např. tanec). Poslední skupinou jsou pak **komunikační a sociálně-emocionální podněty**. Jedná se o stimulaci mimikou a zabarvením hlasu ke specifické formě komunikace. U postižených osob je schopnost tohoto rozlišování ztížena. Snažíme se proto o dostatečně důraznou a lehce postřehnutelnou diferenciaci v mluvě i výrazu tváře.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> HÁJKOVÁ, Vanda. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie. Praha: Somatopedická společnost, 2009., str. 82-83



### 3.4 Bobath koncept

Jedná se o terapeutický rehabilitační postup určený pro pacienty s patofyziologií CNS. Autory Bobath konceptu jsou manželé Karel a Berta Bobathovi. Vytváří ho počátkem 40. let 20. století na základě svých praktických zkušeností. Bobathovi na vývoj nahlíží komplexně a do léčby aplikují poznatky z vývoje zdravého dítěte. Původně byl koncept určen především dětem s DMO, v dnešní době je ale aplikovatelný u kojenců, dětí i dospělých. Zřejmě i díky tomu jde o jeden z nejužívanějších terapeutických přístupů dnešní doby.

Jak jsem zmínila o pár řádků výše, manželé při tvorbě konceptu vycházeli z vývojových stádií zdravého dítěte. Některým z nich přikládali zvláštní důležitost, jelikož je v nich dosahováno určitých milníků a dovedností, které dítě dále připravují na novou a komplexnější aktivitu. (např. 3. měsíc – orientace ve střední čáře – poloha na zádech, orientace hlavy a horních končetin ve střední čáře, ruce spíná před očima; 7.-8. měsíc – rotace trupu – dítě se otáčí ze zad na břicho a obráceně atd.)<sup>32</sup>

Terapie samotná je prováděna v rámci handlingu (způsob užití, aplikace). Terapeut nevede pasivně pohyby pacienta, ale snaží se, aby dítě bylo schopno převzít aktivní kontrolu nad svým pohybem. Patologická schémata jsou potlačována a pacientovi je umožněno vytváření schémat nových.<sup>33</sup> Během terapie terapeut svou pomoc pomalu a systematicky oddaluje a dítě tak má možnost samo kontrolovat svůj pohyb. V rámci handlingu se používají a kombinují různé techniky – inhibice a facilitace (použití některých poloh a tzv. „klíčových bodů kontroly“ – části těla, kde lze nejlépe a nejúčinněji redukovat spasticitu a facilitovat správný pohyb) a stimulace (nesení váhy – v různých polohách, cílem je přizpůsobení se trupu a končetin; placing a holding – schopnost zadržet pohyb; tapping – stimulace trupu, končetin a obličeje poklepáváním).<sup>34</sup> Při terapii se počítá také s aktivní účastí rodičů, kteří s dítětem nacvičují polohování a správné pohybové vzory. Proto je kladen velký důraz na jejich výcvik.

---

<sup>32</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., **str. 210**

<sup>33</sup> KUDLÁČEK, Miroslav. Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál, 2012., **str. 81**

<sup>34</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., **str. 214-215**

### 3.5 Vojtova metoda reflexní lokomoce

Autorem metody je MUDr. Václav Vojta. Ten koncem 50. let 20. století vyzníval, že při určité manipulaci s dítětem s DMO dojde ke změně spasticity a změně ve svalových souhrách, které vykazují pravidelnost. Díky tomu u nich vznikají takové svalové funkce, které byly do té doby vyřazeny. Výsledkem léčby jsou pak globální změny držení těla. Metoda se provádí podrážděním určitého místa na těle (kůži, svalech, kloubech) dotykem, tlakem, změnou teploty nebo aktivitou svalů. Tlak na spouštěcí zóny se provádí bříšky prstů, případně plochou dlaně. Tlak se postupně a jemně zvyšuje. Děje se tak bez vědomé snahy pacienta o pohyb. Odpovědí na tyto vzruchy je pak motorická (reflexní) reakce. Vznikají tak pohybové vzorce, které později přechází pod volní kontrolu.<sup>35</sup> Základem metody jsou dva typy pohybu vpřed – reflexní plazení v poloze na břiše (viz obrázek č. 5 a 6) a reflexní otáčení v poloze na zádech a na boku (viz obrázek č. 7, 8 a 9). Pro aktivaci reflexní lokomoce (pohyb v prostoru) je důležitá výchozí poloha těla, spouštěcí zóny (těch je celkem 9), centrace kloubů, tlak a odpor vedený správným směrem. Tato metoda neučí nácvik plazení nebo otáčení, ale pouze probouzí pohybové vzory, které jsou základem pro držení těla a svalových souhrů, které známe z vývoje zdravého dítěte. I u této metody je potřeba aktivní spolupráce rodičů. Ti cvičí s dítětem několikrát denně (cca 10-20 minut čistého času), učí se provádět správnou rehabilitaci a rozeznávat žádoucí pohybové reakce. Dále dochází s dítětem na pravidelné kontroly, kde je posuzováno, zda je péče prováděna správně. Vlivem reflexní lokomoce dochází také k pozitivnímu ovlivnění jemné motoriky, zlepšení řeči, vyrovnaní disproportionálního růstu ad.<sup>36</sup>

### 3.6 Některé další možnosti terapie

Terapie, které zde uvedu, slouží jako doplněk k základním léčebným metodám DMO. Metod je samozřejmě více, já sem vybrala 8 z nich. Jedná se o fyzikální terapii, akupunkturu, cvičení na míči, vodoléčebné procedury, lázeňskou léčbu, ergoterapii, hipoterapii a canisterapii.

Ve **fyzikální terapii** je nejčastěji využívána magnetoterapie a laseroterapie. Magnetoterapie je zaměřena především na ovlivnění regulace svalového tonu, zlepšuje ale

---

<sup>35</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 193-194

<sup>36</sup> Tamtéž., str. 204-205

i psychomotorický vývoj a pozitivně ovlivňuje náladu dítěte. Laseroterapie pomáhá ke snížení spasticity a paprsek se aplikuje na spoušťové body reflexní lokomoce.

Tělová **akupunktura** je účinná hned po narození dítěte, ušní pak cca od 1 roku věku. Stimulace se provádí pomocí jehel nebo laserového paprsku. Pozitivně ovlivňuje motorické potíže, ale i poruchy v oblasti senzorické a duševní.

**Cvičení na míči** pomáhá s polohováním a je při rehabilitaci hojně využíváno. Vzhledem k nutnosti vyvažování se zapojují i ty svaly, které jsou při běžných aktivitách zapojeny málo nebo vůbec. Působí pozitivně na správné držení těla, ale i na zažívání a dýchání.

Ve **vodoléčebných procedurách** se nejčastěji využívají vířivé koupele, masáže, perličková lázeň a cvičení v bazénu. Je nutné při tom zohlednit věk dítěte, stupeň postižení a jeho vztah k vodě (ten je u většiny dětí s DMO pozitivní). Další z metod je plavání, které na rozdíl od předchozích vyžaduje aktivní spolupráci pacienta. Dochází při něm k zvětšování kloubního rozsahu a pobyt v teplé vodě snižuje svalový tonus. Jeho obrovskou výhodou pro pacienty s DMO je možnost volného pohybu bez kompenzačních pomůcek či asistenta, bez kterého se v běžném životě neobejde. To vede k pocitu radosti a uspokojení.

**Lázeňská léčba** představuje intenzivní léčebnou rehabilitaci. Výhodou je dostatek času na jednotlivé procedury a léčení, což v běžném životě nelze. V ČR existuje několik speciálně zaměřených center pro děti s DMO. Jako příklad bych uvedla Hamzovu léčebnu v Luži-Košumberku, Jánské lázně a léčebnu v Teplicích. Děti s DMO by měly absolvovat lázeňský pobyt alespoň jednou do roka.

**Ergoterapie** neboli léčba prací a hrou je zaměřená na nácvik samostatnosti a soběstačnosti v běžných denních úkonech. Podporuje rozvoj zájmů a dovedností, patří sem i příprava na budoucí povolání a praktický život. Pod ergoterapii spadá také arteterapie a muzikoterapie.

**Hipoterapie** má výrazný vliv na somatickou i psychickou stránku. Při jízdě na koni vznikají nové pohybové mechanismy a dochází k přizpůsobení. Hipoterapii lze provozovat jak aktivní, tak pasivní formou (pouhé posazení/položení na koně).

**Canisterapie**, tedy využití psa pro rehabilitační účely, se provádí od 40. let 20. století. Pohlázení přináší úlevu a pocit uvolnění, má tedy velký vliv na psychiku. Faktem je, že i bolestivé léčebné procedury jsou lépe snášeny v přítomnosti psa.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 221-229

## 4 REHABILITACE

V této kapitole popíši možnosti léčebné, sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace. Dále se zmíním o pomáhajících technologiích v rehabilitaci, kam patří například kompenzační pomůcky, vozíky ad.

### 4.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je nejčastěji zajišťována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními. Patří sem například rehabilitační kliniky (pracoviště při fakultních nemocnicích), rehabilitační ústavy (např. Hamzova léčebna v Luži-Košumberku), lázeňské léčebny (např. Jánské lázně), rehabilitační centra (např. FN Bulovka Praha), denní rehabilitační stacionáře (pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti hospitalizace), ale i nezdravotnická zařízení, zabývající se léčebnou rehabilitací (např. Jedličkův ústav v Praze).

Na léčbě se podílí rehabilitační tým (skupina odborníků), do kterého patří např. rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, logoped, speciální pedagog ad. Jejich úkolem je zajišťování zlepšení funkčního stavu, tedy odstraňování a zmírňování poruchy či disability. Podílí se také na odstraňování handicapů a je součástí ucelené rehabilitace. V knize J. Votavy je léčebná rehabilitace rozdělena na horizontální a vertikální. Vertikální vede k obnovení původního stavu organismu. Horizontální, která je dlouhodobá, řeší problematiku poškození při trvalém postižení (má chronický charakter).<sup>38</sup>

Terapeutickými prostředky v léčebné rehabilitaci je například léčebná tělesná výchova (LTV), která se zabývá pohybovým ústrojím a u dětí s DMO je velmi účinná. Jedná se o tělesné cvičení, které může být realizováno individuálně, ale i skupinově. Patří sem Vojtova metoda reflexní lokomoce a koncept manželů Bobathových, které jsem popsala v předchozí kapitole.<sup>39</sup> Dalším terapeutickým prostředkem je nácvik denních činností, jehož cílem je maximální možné dosažení soběstačnosti a nezávislosti, a tím i zvýšení kvality života pacienta. Dále sem spadá poradenská činnost, fyzikální terapie (oproti LTV je pasivní, patří sem např. masáže), lázeňská léčba, aplikace léků ad. Stejně jako u

---

<sup>38</sup> VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003., **str. 26**

<sup>39</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006., **str. 21-22**

kterékoliv jiné terapie je i zde velmi důležité vytvoření pozitivní motivace a aktivní účast pacienta na léčbě.<sup>40</sup>

## 4.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace se dotýká všech osob se zdravotním postižením nezávisle na věku. Je významnou složkou ucelené rehabilitace. Jedná se o proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení co nejvyššího stupně sociální integrace. Předpokladem integrace je ale také přijetí nemoci a vzdělávání a výchova rodiny a široké veřejnosti k tomu, aby osoby se zdravotním postižením přijímala.<sup>41</sup> Překážkou v integraci může být například příslušnost k minoritní skupině (Romové, imigranti), bydliště na malé vesnici, špatně fungující rodina nebo nepříznivá ekonomická situace.

Do sociální rehabilitace patří ranná péče zaměřená na rodiny postižených dětí, dále pak vytváření předpokladů k navazování partnerských vztahů a případné založení rodiny. Osoby se zdravotním postižením mají také omezené možnosti výdělku, na druhé straně má ale jejich život vysoké finanční nároky. V rámci sociální rehabilitace proto dostávají tyto osoby kompenzující finanční částky. Patří sem např. invalidní důchod, příspěvky na úpravy domu, auta atd.

Aby mohly tyto osoby samostatně žít, volně se pohybovat a cestovat, musí k tomu mít vhodně přizpůsobené životní prostředí (bezbariérové prostředí). Pro člověka, který je upoutaný na invalidní vozík, je důležitá například dostatečná šířka dveří a průjezdů (cca 90 cm bez prahů), dobře přístupný výtah nebo nájezdové rampy, dostupnost všech ovládacích prvků (vypínače, police, skříně), správná výška ploch pro přesuny (postel, WC), a prostor pro zajištění či otáčení vozíku. Kromě úpravy bytu či domu je podstatná i bezbariérovost okolí s dostupnými službami.<sup>42</sup> V případě, že je pro danou osobu život ve vlastním bytě nevhodný (ať už jsou důvody jakékoli), může využít služby chráněného bydlení. Jedná se o bydlení ve společném bytě/domě s organizovanou pomocí. Pro osoby se zdravotním postižením, které nemohou být nezávislé na cizí pomoci, ale mohou být samostatní ve svém rozhodování, je vhodná služba osobní asistence. Tyto osoby pak mohou mít několik

---

<sup>40</sup> VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003., str. 56-57

<sup>41</sup> Tamtéž., str. 70-71

<sup>42</sup> Tamtéž., str. 83-86

takových asistentů, jejichž služby se doplňují. Cíle sociální rehabilitace je tedy zajištění ekonomických jistot pro tyto osoby, možnosti vlastního bydlení ve vhodně přizpůsobeném bytě/domě, rozvoj zájmové činnosti (smysluplné využití volného času), možnost sdružování a získávání informací (např. občanské sdružení OZP), předpoklady pro rozvoj osobnosti, nabývání zkušeností a podpora v navazování vztahů.

Na sociální rehabilitaci se podílí řada odborníků, jako například sociální pracovníci, posudkoví lékaři, osobní asistenti, pečovatelé ad. Sociální rehabilitace má permanentní charakter čili je procesem celoživotním.<sup>43</sup>

### 4.3 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitací rozumíme soustavou péči poskytovanou osobám se zdravotním postižením směřující k tomu, aby se mohli uplatnit na trhu práce. Spadá sem snaha o dosažení co nejvyšší kvalifikace/vzdělání u OZP. Velkou roli zde hraje informace, jaký typ zaměstnání bude moci osoba vykonávat vzhledem ke svému postižení, bydlišti a poptávce. Patří sem také rekvalifikace, která se ale týká spíše osob, které následkem nemoci či úrazu ztratili možnost vykonávat svou původní kvalifikaci.<sup>44</sup>

V rámci pracovní rehabilitace probíhá tzv. předpracovní hodnocení a předpracovní rehabilitace. Jedná se o program hodnocení OZP s cílem vytvořit předpoklady pro jejich pracovní uplatnění, ale i samostatný život. V rámci toho probíhá nácvik modelových činností, u kterých má klient možnost nacvičit takové činnosti, které by mohl v budoucnu uplatnit. Hodnocení se odvíjí především od typu postižení, osobnostních předpokladů, ale i zájmů daného klienta. Na předpracovním hodnocení se podílí tým odborníků, důležitou roli zde má ergoterapeut, který hodnotí jak průběh činnosti, tak kvalitu výrobku a množství odvedené práce.

Odborníci, kteří se podílejí na pracovní rehabilitaci jsou posudkový lékař, pracovníci úřadu práce, ergonomové (přizpůsobování pracovního prostředí a odstraňování možných negativních důsledků práce na klientovo zdraví) a zaměstnavatelé. Posledně jmenovaní mají v podstatě 3 možnosti, jak osoby se zdravotním postižením podpořit. Prvním z nich je přímé zaměstnání, tedy vytvoření pracovního místa pro OZP, dále odebírání výrobků

---

<sup>43</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006., **str. 28**

<sup>44</sup> VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003., **str. 113**

(chráněné dílny) a odebírání služeb nebo jiných plnění (překrývá se s předchozím). Jak víceméně vyplývá z předchozí věty, osoby se zdravotním postižením mají také možnost zaměstnání v chráněných dílnách. Jejich výrobní program je uzpůsobený zdravotnímu stavu zaměstnanců a jejich možnostem.<sup>45</sup> Pracovní uplatnění zde mohou nalézt i osoby s těžším zdravotním postižením, které by nebyly schopné podávat výkony pro běžné zaměstnání ani v přizpůsobeném prostředí. Ochrana zde spočívá v tom, že klienty chráníme před nežádoucími podněty (konflikty) a v případě potřeby je jim poskytována pomoc a dohled.

#### **4.4 Pedagogická rehabilitace**

Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace. Jedná se o podporu samostatnosti a aktivního zapojení do společenského života prostřednictvím výchovy a vzdělávání.<sup>46</sup> Při socializaci člověka hraje právě výchova velkou roli a musíme jí chápat jako proces permanentní, celoživotní. Hlavním úkolem rehabilitace v oblasti pedagogiky je optimální rozvoj osobnosti zdravotně postiženého, který následně usnadňuje sociální, pracovní a kulturní integraci.<sup>47</sup> Kromě formálního vzdělávání jsou tedy důležité i neformálně získané osobní zkušenosti, například v oblasti sociálních vztahů, vytváření si určitých vzorců chování apod. Do pedagogické rehabilitace patří také oblast volného času a jeho smysluplného naplnění, dále pak zájmová činnost, její podpora a rozvoj. Důležitá je včasnost jejího zahájení. U každého jedince, ať už zdravého nebo zdravotně postiženého, existuje oblast, která může být dále rozvíjena. Důležité je takovou oblast najít a zvolit vhodnou taktiku k jejímu optimálnímu rozvoji.

Cílem pedagogické rehabilitace je správné stanovení předpokladů studenta pro dosažení plánovaného vzdělání, vytvoření dostatečné motivace a odstranění demotivačních vlivů (např. přizpůsobení prostředí a tempa studentovi, rozvoj jeho individuálních schopností apod.). Prostředkem k dosažení těchto cílů je například využívání speciálně pedagogických metod, přístupů, pomůcek a zařazování specifických předmětů, které jsou vzhledem

---

<sup>45</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006., **str. 34**

<sup>46</sup> VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003., **str. 123**

<sup>47</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006., **str. 30-31**



k postižení daného studenta důležité (např. alternativní formy komunikace, výuka samostatného pohybu ad.)<sup>48</sup>

Mezi odborníky, podílející se na pedagogické rehabilitaci, patří pedagogové, speciální pedagogové, vychovatelé a osobní asistenti. Studenti se zdravotním postižením mohou navštěvovat v rámci individuální integrace základní/střední školu běžného typu, nebo školu speciální. Záleží především na druhu a stupni studentova postižení. Vysokoškolské studium je pak individuální a záleží především na domluvě s konkrétní fakultou. Bližší informace o vzdělávání žáků se speciálními potřebami najdeme v § 16 školského zákona (561/2004 Sb.) a ve vyhlášce č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Jak jsem již zmiňovala výše, do pedagogické rehabilitace spadá i volný čas a mimoškolní aktivity. Děti se zdravotním postižením mají v průměru méně volného času než děti zdravé. Je tomu tak proto, že dětem s postižením zabere cesta, příprava do školy a běžné denní činnosti více času než ostatním. Jejich mimoškolní program je nejčastěji organizován v rámci speciálních škol (nabídka volitelných předmětů, kroužků, akcí a výletů apod.), dobrovolných organizací (např. Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí pořádá letní tábory) a rodiny. U zdravotně postižených dětí by volnočasová činnost neměla být zaměřena pouze na hry, ale je vhodné, aby sem byl zapojen i nácvik některých dovedností a rozšiřování znalostí vhodnou (hravou) formou.<sup>49</sup>

#### 4.5 Pomáhající technologie v rehabilitaci

Do pomáhajících technologií v rehabilitaci zařazujeme především nejrozumnější kompenzační pomůcky a vozíky. Patří sem i speciálně upravené počítače a telefony (daná úprava záleží na druhu a typu postižení, osoby s DMO využívají velmi často např. hlasové ovládání počítače a telefonu). Nakonec se zmíním o pravidlech pro získávání těchto pomůcek a uvedu jeden příklad.

**Kompenzační pomůcky** kompenzují disabilitu klienta při konkrétní činnosti. Jedná se například o kompenzaci omezeného rozsahu pohybu, malou sílu stisku, zabránění nebezpečí pádu apod. Pomůcky se využívají v oblasti hygieny, konzumace potravin,

---

<sup>48</sup> VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003., str. 126

<sup>49</sup> Tamtéž., str. 132-135

oblékání, při běžných domácích pracích, komunikaci atd. Mohou být volně prodejné (např. dlouhé lžice na obouvání obuvi) nebo sériově vyráběné (Jedná se o speciální pomůcky určené osobám s určitým typem postižení. Jejich cena bývá bohužel poměrně vysoká.) Mezi kompenzační pomůcky patří i ty, které pomáhají zdravotně postiženým osobám s chůzí, zajišťují větší stabilitu a částečné odlehčení dolních končetin. (např. hole, berle, chodítka apod.)

**Vozíky** můžeme rozdělit na elektrické a mechanické. Mechanické ovládá uživatel vlastní silou nebo za pomoci asistenta, případně jiné doprovázející osoby. U nás jsou takovéto vozíky běžně dostupné a lze je předepsat každému, pro něhož je chůze nemožná či nějakým způsobem omezená. Parametry vozíku jsou individuálně přizpůsobené (např. šířka) a opěrky bývají odnímatelné. Existuje několik typů, například mechanické vozíky s pákovým poháněním nebo s možností pohánění pouze jednou končetinou. Elektrické a motorové vozíky jsou určeny zdravotně postiženým osobám, které vozík vlastní silou pohánět nedokáží. Existuje široká nabídka těchto produktů, ovládání je uskutečňováno většinou vypínačem a pákou, lze ale použít i alternativní způsoby ovládání (např. bradou)

**Počítače a telefony** jsou pro osoby se zdravotním postižením z určitého hlediska důležitější než pro běžnou populaci. Pro jejich samostatné a pohodlné používání jsou vytvořeny různé speciální programy právě pro uživatele se zdravotním postižením nebo je zde možnost specifických úprav ovládání (jak jsem již zmiňovala výše, jedná se např. o možnost ovládání hlasem). Díky tomu mají tyto osoby větší možnost pracovního uplatnění, internet je pro ně (stejně jako pro běžnou populaci) významným zdrojem informací a používání e-mailu, či v dnešní době stále více a více rozšířených sociálních sítí, usnadňuje komunikaci s okolím a umožňuje navazovat kontakty s novými lidmi.

Nyní bych se zmínila o **pravidlech pro získávání pomůcek**. Některé pomůcky hradí pojišťovna, některé lze zapůjčit a některé si klient musí zakoupit a uhradit sám. V případě úhrady pojišťovnou se obvykle jedná o pomůcku v základním provedení. Pojišťovna tedy přispívá pouze do určité míry. Pokud cena pomůcky danou částku převyšuje, rozdíl hradí pacient. Pomůcky předepisuje odborný lékař (záleží na typu pomůcky, jinou může předepsat ortoped, jinou neurolog atp.) a je určeno, jak často lze danou pomůcku předepsat (např. nový vozík – 1x za 7 let). Levnější pomůcky (např. hole) si pacient vyzvedává na

recept, pomůcky dražší pak schvaluje revizní lékař. Pacient má možnost si pomůcky na rehabilitačním pracovišti vyzkoušet a zjistit, které mu vyhovují.<sup>50</sup>

Jako příklad bych uvedla proces, kterým musí pacient projít, chce-li získat elektrický vozík. Informace o tomto konkrétním postupu mám od jednoho z klientů (který dále vystupuje v praktické části mé práce), který sám tímto procesem před nedávnem prošel. Pokud chce tedy pacient získat elektrický vozík, musí absolvovat návštěvu neurologa, který potvrdí, že dotyčný nebere léky (ani neužívá žádné návykové látky), které by mohly negativně ovlivnit jeho reakce. Dále navštíví psychiatra, který na základě rozhovoru vyhodnotí jeho duševní stav a vydá posudek. Posledním z odborníků, který musí žadatele vyšetřit, je oční lékař. Pokud všechny výsledky dopadnou tak, jak mají, je na řadě návštěva rehabilitačního pracoviště, kde pacientovi udělají svalové testy. Poté jsou všechny formuláře odeslány pojišťovně a na jejich základě revizní komise vydání elektrického vozíku buď schválí nebo zamítne. O tomto rozhodnutí je žadatel neprodleně informován a v případě schválení je vyzván k výběru konkrétního vozíku.

---

<sup>50</sup> VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003., **str. 137-147**

## 5 ORGANIZACE PRO OSOBY S DMO

V této kapitole uvedu 3 organizace pro osoby s DMO se sídlem v Praze a napíši k nim pár stručných informací o jejich působení. Dále se zmíním o Letohrádku Vendula, který sídlí v Horním Bezděkově a jehož služeb využívá jeden z klientů, vystupujících v praktické části mé práce. Poslední z organizací, kterou v této kapitole představím, je Meta Kladno, jejichž služeb využívají zbylí dva klienti z praktické části mé práce.

### 5.1 Organizace se sídlem v Praze

První z organizací, které jsem vybrala, je **Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně**, zkráceně **SDMO**. Sdružení bylo založeno roku 1991 a jeho vznik iniciovala skupina lidí, kteří byli DMO sami postiženi, případně se s ní setkali v rodině nebo u svých klientů. Cílem a posláním sdružení je seznamovat veřejnost, lidi postižené DMO a jejich rodiny s účinnými metodami rehabilitace, pomáhat lidem s DMO, aby se stali v každodenním životě samostatnějšími, informovat veřejnost, že lidé s DMO mohou být platnými členy společnosti a zdůrazňovat zdravotnickým pracovníkům spoluzodpovědnost za další zlepšování kvality života lidí s DMO. Dále pak spolupracovat v rámci možností s jinými organizacemi zaměřenými na DMO u nás i v zahraničí a vyvíjet potřebné aktivity k obhajování a prosazování všech oprávněných práv a zájmů osob postižených DMO a jejich rodin. Sdružení nabízí a poskytuje sociální služby, léčebnou rehabilitaci a poradenství, psychologické poradenství, různé volnočasové aktivity, kroužky a kurzy, klubové aktivity, pořádá výlety a akce, lze zde zapůjčit kompenzační a komunikační pomůcky apod.<sup>51</sup>

Druhou organizací je **Komunitní centrum Motýlek**. Jedná se o sdružení pro pomoc dětem s handicapem a vzniklo proto, aby pomáhalo dětem s postižením a jejich rodinám. V současné době nabízí organizace tři sociální programy – centrum denních služeb (pro děti se zdravotním postižením), nízkoprahový klub (pro děti a mládež, kteří tráví svůj volný čas na ulici) a sociálně aktivizační službu (poradenství pro ohrožené rodiny). Pro mou práci je důležité jejich centrum denních služeb. Jeho posláním je napomáhat začlenění dětí a dospívajících se zdravotním postižením do společnosti a tomu, aby žili podobně jako jejich vrstevníci a v dospělosti potřebovali co nejmenší podporu svého okolí. Služby jsou poskytovány zdravotně postiženým dětem a dospívajícím ve věku 5-21 let z Prahy a okolí. Klienti zde získají, rozvinou či uchovají dovednosti a návyky, které jsou potřebné k běžnému

---

<sup>51</sup> [www.dmoinfo.cz](http://www.dmoinfo.cz)

způsobu života, mají dostatek sociálních kontaktů a tráví volný čas v kolektivu vrstevníků aktivitami, které jim přinášejí uspokojení. Maximální denní kapacita je 30 klientů.<sup>52</sup>

Třetí organizací se sídlem v Praze je spolek **Užitečný život**, zkráceně **UŽ**. Jedná se o neziskovou organizaci s více než 25letou historií. Organizace podporuje osobní rozvoj mladých lidí s postižením i bez něj. Pořádá zážitkové kurzy, výlety za kulturou, přírodou a pohodou, sportovní, turistické a další akce. Věřící, že když spolu aktivně tráví volný čas lidé s postižením a bez něj, je to silný impuls k osobnímu rozvoji jedněch i druhých. Uvědomují si, že integrace lidí s handicapem do běžného života naráží na mnoho překážek. Někdy jsou to zdravotní potíže, jindy předsudky okolí, někdy sociální nevyspělost, jindy zas nedostatek peněz. Tyto překážky jsou na obou stranách, a obě strany tedy musí vyvinout snahu o jejich překonání. Spolek UŽ se snaží vytvořit prostor, kde by mohli být pohromadě lidé s postižením i bez něj, aniž by jedni byli primárně v roli poskytovatelů pomoci a druhí v roli příjemců. Chtějí ukázat, že to jde – že je možné společně vyrazit na výlet, na vodu, na kola apod. tak, aby se každý cítil užitečný.<sup>53</sup>

## 5.2 Letohrádek Vendula

Letohrádek Vendula byl založen roku 1992. U jeho založení stála i PhDr. Vendula Neumannová, která má sama diagnózu DMO a je plně odkázána na pomoc druhých, jelikož její fyzický stav je velmi špatný. I přes tuto nepřízeň osudu však dokázala vystudovat vysokou školu, stát se profesorkou na gymnáziu a téměř celý svůj život žít mimo ústav. Organizace je pojmenována právě po ní a já sama jsem vděčná, že se mi v rámci pracovní zkušenosti v letohrádku naskytla příležitost poznat někoho tak výjimečného, jako je ona. V současné době nabízí letohrádek Vendula služby denního a týdenního stacionáře, dále pak provozuje chráněnou dílnu, ve které zaměstnává osoby se zdravotním postižením, kteří chtějí a mohou pracovat. Klienti mohou dle svých možností a výběru pracovat v pekárně, prádelně, dílně na výrobu svíček, tkalcovské dílně, vyrábět dárkové předměty apod. Klienti/zaměstnanci zde mohou pracovat a vydělávat si v rámci těchto aktivit svou mzdu. Klienti, kteří pracovat nemohou, zde mají možnost rozvíjet svou zájmovou činnost a zapojovat se do aktivit letohrádku dle svého uvážení. Ten každoročně pořádá i několik akcí, určených pro klienty a zaměstnance, ale i pro veřejnost, kde mají osoby se zdravotním postižením mimo jiné možnost se socializovat a navazovat nové kontakty. Organizace

---

<sup>52</sup> [www.motylek.org](http://www.motylek.org)

<sup>53</sup> [www.uzitecny-zivot.cz](http://www.uzitecny-zivot.cz)

klientům nabízí také možnost rekondiční rehabilitace formou cvičení, masáží, vodoléčebných terapií apod.<sup>54</sup>

### 5.3 Meta Kladno

Meta Kladno a.s. je akciová společnost, založená roku 1992. Zakladatelem společnosti je Sdružení zdravotně postižených v ČR. Posláním organizace je zaměstnávat občany se změněnou pracovní schopností a vytvářet pro ně vhodné pracovní podmínky. V současnosti jde o kombinaci výrobního provozu a provozů s chráněnými pracovními místy. Společnost Meta Kladno průběžně zaměstnává cca 200 pracovníků, z toho více jak 50 % tvoří zaměstnanci se zdravotním postižením. Kromě pracovních míst nabízí společnost těmto lidem i bezbariérové bydlení v objektu. Byty, speciálně uzpůsobené pro osoby na vozíku, zabírají v budově celé 3 patra. Klienti zde mají na výběr ze 3 firem, poskytující asistenční služby. Dle svých potřeb a uvážení si tedy mohou vybrat a zaplatit právě tu, jejíž služby potřebují. Služby jednotlivých firem se mohou samozřejmě kombinovat. Rehabilitace je zajištěna externími pracovníky, docházejícími vždy v určité dny. Klienti si mohou sami zvolit, zda rehabilitovat chtějí, případně jakým způsobem. V rámci Mety Kladno funguje pro osoby se zdravotním postižením také služba poradenství. Na ní se mohou klienti obrátit, potřebují-li pomoci například s vyřízením běžných záležitostí. Pokud chce klient navštěvovat chráněnou dílnu, je to spíše záležitost externí. V rámci Mety Kladno sice funguje klub, který se stará o volnočasové aktivity klientů, a který mohou v případě zájmu navštěvovat, ten se ale spíše než na výrobní činnost, specializuje na pořádání různých výletů a akcí pro klienty.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> [www.letohradekvendula.com](http://www.letohradekvendula.com)

<sup>55</sup> [www.metakladno.cz](http://www.metakladno.cz)

## 6 KAZUISTIKA č. 1 - Matěj

Veškeré informace potřebné pro sepsání této kazuistiky jsem získala z rozhovorů s Matějem a jeho matkou, dále pak z dotazníku, který vyplnili Matějovi asistenti. Ukázka dotazníku je zařazena v příloze.

### 6.1 Osobní anamnéza

#### 6.1.1 Novorozenecké a batolecí období

Matěj se narodil v září roku 1992 ve 32. týdnu těhotenství. Příčiny předčasného porodu nejsou v tomto případě známy, jednalo se o porod spontánní. Matějova matka vzpomíná na okolnosti, které předcházeli porodu, jako na souhru nešťastných náhod.

Když přišla na pravidelnou gynekologickou prohlídku (2 dny předtím, než porodila), lékařka bohužel nebyla v ordinaci přítomna. Sestra Matějovu maminku upozornila, že se jí zdá, že má poněkud „špičaté“ břicho, a že by bylo dobré (vzhledem k nepřítomnosti lékařky) zajet do nemocnice a nechat se pro jistotu vyšetřit. Matějova matka uvádí, že v té době byla mladá (bylo jí 21 let) a bez zkušeností (s Matějem prožívala své první těhotenství), a na vyšetření do nemocnice nakonec nešla. Prý se tak tehdy rozhodla proto, že žádné problémy či bolesti v tu chvíli neměla a zašpičatělost břicha se jí pro návštěvu nemocnice nezdála jako adekvátní důvod.

Problémy se však dostavily hned druhý den, kdy začala pociťovat prudké bolesti a o něco později se přidalo i poměrně silné krvácení. V tu chvíli již samozřejmě do nemocnice jela. Doktor, který měl ten den službu, jí sdělil, že to vypadá na předčasný porod, a o pár hodin později byl Matěj opravdu na světě. Porod proběhl přirozeně a bez dalších komplikací.

Matěj měl po narození 1800 g a 44 cm. V záznamech má uvedeno, že byl kříšen. To se ale matka dozvěděla až o rok a půl později u obvodní lékařky. Uvádí ale, že se po této informaci nikdy dostatečně nepídila, i vzhledem k tomu, že se tento fakt dozvěděla až s takovýmto zpožděním. Navíc měla v té době určité představy a vize budoucnosti, ve které bude vše v pořádku. Zde bych si dovolila Matějovu maminku citovat: „...*Paní doktorka v rizikové poradně, kterou jsme s Matějem navštěvovali, mi vždycky říkala, že musíme na všechny dovednosti odečíst dva měsíce. Ty, o které se Matěj narodil předčasně. A já, jelikož jsem byla mladá, naivní a neinformovaná, jsem si neustále říkala, že když to nedělá teď, bude to určitě dělat později a později... A ono to pak nebylo nikdy...*“

První známky toho, že je Matějův vývoj jiný než u zdravých dětí, zaznamenala matka okolo 4. měsíce věku. Znepokojil ji především fakt, že Matěj v té době vůbec neotáčel hlavičkou. Lékaři stále vysvětlovali matce, že se jedná pouze o zpoždění ve vývoji v důsledku předčasného porodu. Nicméně díky tomu začal Matěj využívat léčebnou rehabilitaci. V rámci ní cvičili Matěj s maminkou především Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Díky tomu se Matěj dokázal v cca 1 roce přetočit ze zad na břicho a začal se i přitahovat. Tyto výsledky utvrdily jeho matku v přesvědčení, které jsem na předchozí stránce odcitovala. Diagnóza DMO přišla až v Matějových 2 letech. Matěj má spastickou DMO, diparetickou formu.

Poté, co byla Matějovi sdělena diagnóza, absolvovali s maminkou lázeňský pobyt v Luži-Košumberku. Ten měl pro oba velký význam, jelikož Matěj se zde naučil sám sednout a pohybovat se po zemi. Oba mají pocit, že lázeňské pobyty měly na jeho stav veskrze pozitivní účinek, především díky intenzivní rehabilitaci, pro kterou zde byl dostatek času i prostoru. V příštích letech Matěj absolvoval lázeňskou léčbu minimálně 1x do roka. Pobyt trval v průměru 4-6 týdnů

### **6.1.2 Předškolní věk**

Matěj v předškolním věku nechodil do klasické mateřské školky, ale navštěvoval Dětský rehabilitační stacionář Zvonek. Jelikož byl ale Matěj velmi často nemocný, nevyužívali jeho služeb nijak často. Veškeré formy rehabilitace tedy v této době zprostředkovávala spíše rodina, případně jiná zařízení, např. lázeňské léčebny, nemocnice apod.

### **6.1.3 Školní věk**

V 8 letech nastoupil do soukromé Speciální základní školy Dotyk v Tuchlovicích. Začátek školní docházky byl pro Matěje významný i proto, že v průběhu 1. třídy dostal svůj první vozík. Do té doby se pohyboval pomocí speciálně upraveného kočárku („golfek“), který byl určený pro děti se zdravotním postižením a umožňoval Matějovi pohyb pouze za asistence jiné osoby, která kočár ovládala. Poté, co získal svůj vlastní mechanický vozík, začal se Matěj (i v rámci výuky) učit samostatnému pohybu v prostoru. Do dneška platí, že pokud jsou ideální podmínky (interiér, dostatek prostoru), dokáže se Matěj pohybovat na vozíku bez asistence. V případě členitého terénu či jiných překážek se bez asistence bohužel neobejde.

Druhý stupeň absolvoval v soukromé škole Slunce v Unhošti. Zde se naučil pracovat s kamerovou lupou. Zpočátku s tím měl velké problémy, díky nystagmu, tedy neschopnosti



ovládat oční pohyby a zaostřit. Postupem času však toto dokázal zlepšit a kamerovou lupu používá v případě potřeby dodnes. Nyní bych si dovolila citovat pro změnu samotného Matěje: „...*Ta lupa mi pomáhala zvětšovat ten text tak, že z jedné věty jsem dokázal přečíst najednou třeba jen jedno slovo, ale dokázal jsem to. Občas jí používám i dnes, ale knížku bych s ní asi úplně nepřečetl. Když chci přečíst nějakou knížku, seženu si to jako mluvené slovo a poslouchám to. Je to pro mě mnohem pohodlnější...*“

#### **6.1.4 Adolescence**

Po ukončení základní školy šel Matěj na internát v Jedličkově ústavu, kde vystudoval Praktickou (bezbariérovou) školu – dvouleté studium a poté i Obchodní (bezbariérovou) školu – dvouleté studium (Matěj ze zdravotních důvodů prodloužil toto studium na roky 3). Při studiu na praktické škole měl Matěj na internátu partu vychovatelů, na kterou vzpomíná v dobrém on i jeho matka. Dovolila bych si opět uvést jednu citaci Matějovy maminky: „...*Vlastně ta první škola, co tam studoval, tak tam patřil k jedné partě vychovatelů a ta teda Matějovi hrozně sedla, ti byli bezvadní. Chodilo tam i pár dobrovolníků na doučování, ale tihle vychovatelé s nimi jezdili i různě po Praze, na akce, do divadla a podobně. A byli strašně fajn a komunikace s nimi, i pro nás rodiče, byla opravdu příjemná. Ale na tom druhém studiu pak patřil pod jinou partu a tam už to začalo celkem vážnout...*“.

Jak už je patrné z předchozí citace, při studiu na Obchodní (bezbariérové) škole to bylo celkově (a tím pádem i s rehabilitací) horší. Zejména léčebná rehabilitace zde poněkud pokulhávala, a dle Matějových slov s ním v tu dobu prakticky vůbec necvičili. Během studia také podstoupil operaci levé kyčle (kvůli které si musel studium o rok prodloužit). Kombinací prodělaného zákroku a minimální míry cvičení se začal Matějův fyzický stav pomalu zhoršovat. Kromě toho jeho vztah s vychovatelem byl velmi napjatý a Matěj se zde proto necítil moc dobře. Pro představu, jakým způsobem Matěj na tuto dobu vzpomíná, bych opět uvedla jednu jeho citaci: „...*a pak jsem zjistil, že mi mizí peníze! Já toho moc neutratil. Sám se nikam nedostanu a oni se mnou nikam nechodili. Maximálně jsem si objednal jednou za týden pizzu, ale peníze mi pořád mizely. Tak jsem šel za nimi (za vychovatelem) a říkám jim to. Ale oni, že to není možný, že jsem si to blbě spočítal. A když jsem řekl, že ne, obvinili mě, že si vymýšlím. A pak v pátek, když jsem jel domů, přišli za mojí mámou a vyprávěli jí to. Ale bylo to úplně jak kdyby jí žalovali, že jsem nějaký lhář! A až když jim máma řekla, že nekecám, že mi ty peníze opravdu mizí, začali to teprve řešit...*“.

### 6.1.5 Dospělost

Poté, co dokončil Obchodní (bezbariérovou) školu při Jedličkově ústavu, Matěj se vzděláváním skončil. Své poznatky doplňuje pouze samostudiem (nejvíce v oboru výpočetní techniky, která je jeho koníčkem). Po opuštění Jedličkova ústavu hledal Matěj a jeho rodina zařízení, kde by mohl přes týden pobývat. Po několika neúspěšných pokusech se jim podařilo najít a kontaktovat letohrádek Vendula, o kterém se zmiňuji v poslední kapitole teoretické části.

Matěj tedy v současné době pobývá přes týden v letohrádku Vendula, víkendy pak tráví většinou doma. Toto zařízení navštěvuje od konce roku 2015. Právě zde opět začal se cvičením a rehabilitací. Matějovým současným snem a cílem je zvednout se z vozíku a alespoň krátkou vzdálenost ujít sám o berlích. Ke splnění tohoto snu však vede ještě dlouhá a náročná cesta. Od Matěje i asistentů, kteří s ním v letohrádku pracují, vím, že začátky zde byly krušné jak pro Matěje, tak pro personál. Poté, co sem přišel z Jedličkova ústavu a jeho fyzický stav byl v důsledku nedávné operace a minimálního cvičení horší než dříve, Matěj na vše rezignoval. I přes snahu ze strany personálu o jakoukoli formu rehabilitace byl nadále velmi zatvrzelý, pesimistický a cvičení úplně odmítal. To se změnilo až s nástupem nové asistentky, která ho dokázala vhodně motivovat a přimět ho, aby dal cvičení a rehabilitaci ještě šanci. Opět zde uvedu jednu, tentokrát o něco delší, Matějovu citaci, která se tohoto období přímo týká: „...*Když jsem pak nastoupil do Venduly, byl jsem rozhodnutý, že cvičit prostě nebudu! Myslel jsem si, že mi to stejně nepomůže a snaha asistentů mě rozčilovala. Přišlo mi, že mě chtějí jenom buzerovat a dost často jsem se s nimi kvůli tomu hádal. Takhle zpětně si říkám, že jsem se v té době choval opravdu dost jako blbeček. Ale prostě jsem měl svou pravdu. Až pak, když nastoupila Anička (asistentka), dokopala mě k tomu cvičit. Pořád mi říkala, že to dělá pro mě, no, já jí to sice nevěřil, ale tak cvičil jsem s ní, abych měl klid. Ale po nějaké době jsem viděl, že to má opravdu výsledky. Dokázal jsem se třeba sám udržet na záchodě, sice jsem se musel držet takového opěradla, ale už jsem nepadal a nepotřeboval jsem, aby tam se mnou celou dobu někdo byl. Což byla teda dost příjemná změna. Taky nohy jsem nemusel mít pořád přivázané (pozn. Matěj v té době musel mít nohy připnuté ke stupačkám, protože sám je tam neudržel, neustále mu sklouzávaly a znesnadňovaly mu tak pohyb na vozíku) a dokázal jsem je tam alespoň chvíli sám udržet. No a od té doby jsem začal zase cvičit a rehabilitovat, přestal jsem se s nimi (s asistenty) hádat a musím říct, že jsem se opravdu zlepšil...*“

Matěj v současné době potřebuje pomoc a podporu asistentů při osobní hygieně (sprchování a WC, čištění zubů a mytí rukou zvládá sám bez asistence), stravování (potřebuje jídlo nakrájet, poté zvládá jíst sám, v případě, že mají k jídlu jogurt/pudink/atp. potřebuje pomoci s vyškrábáním misky a pití je třeba Matějovi podávat ve speciální lahvi s brčkem), při přesunech (ať už s přesuny na vozíku, pokud není dostatečný prostor nebo terén bez překážek, tak i s přesuny z vozíku na postel, WC apod.), při rehabilitaci (např. při cvičení nebo při výrobě) a při oblékání (potřebuje pomoci s oblékáním dolní poloviny těla, triko a mikinu zvládne obléci/svléci sám).

Z pomáhajících technologií v rehabilitaci klient v současné době využívá vozík, chodítko, zvedák a polohovací postel. Dalšími pomůckami jsou pak speciálně upravený počítač na hlasové ovládání (Matěj zvládá i ovládání běžné, toto je pro něj ale pohodlnější), CD s mluveným slovem místo knih, kamerová lupa (zřídka) a speciální láhev na pití s brčkem.

Z dalších možností terapie Matěj v letohrádku využívá vodoléčebné procedury v podobě celotělové perličkové vany, kam chodí 1x týdně na 15 minut. Další formou rehabilitace je masáž pomocí míčků („míčkování“), kterou podstupuje také 1x v týdnu. V minulosti zde byla možnost canisterapie, kterou klient také využíval, ta však už v současné době není možná. Z dalších možností rehabilitace bych uvedla ještě arteterapii a muzikoterapii, které Matěj využívá nepravidelně, spíše podle nálady.

## **6.2 Rodinná anamnéza**

Co se týče rodinné anamnézy, je Matěj jedinou osobou s touto diagnózou, jak v užším, tak v širším rodinném kruhu. Matka i sourozenci jsou zdraví, jeho otec, který bohužel zemřel v době, kdy bylo Matějovi půl roku (v důsledku dopravní nehody), byl také zdravotně v pořádku. Matěj má celkem dva mladší sourozence – bratry, kteří mají jiného otce než on. Jsou mladší o 8 a 10 let.

## **6.3 Zdravotní anamnéza**

Jak jsem již zmiňovala v anamnéze osobní, Matěj má spastickou DMO, diparetickou formu. Ta mu byla diagnostikována ve 2 letech. Dolní končetiny jsou v jeho případě postiženy mnohem výrazněji než končetiny horní, není schopen samostatné chůze. Intelektové schopnosti jsou zachované, tedy v normě.

Matěj neužívá žádné léky. Farmakoterapie tedy u klienta v současné době neprobíhá. V období školního věku měl ale předepsaný Nootropil, který užíval zhruba do 15 let.

### 6.3.1 Operace

Matěj prodělal celkem 7 zákroků. První operace, kterou podstoupil, byla úprava strabismu (šilhavosti). Ta proběhla roku 1995 na Kladně. Poté následovaly operace ortopedického charakteru. V předškolním věku ještě prodělal operace adduktorů stehen a Achillových pat. V roce 2000 pak podstoupil prolongaci flexorů kolenního kloubu na obou končetinách. O dva roky později mu byla operována pravá kyčel. Všechny tyto zákroky byly provedeny v Novém Bydžově. V roce 2004 muselo dojít k reoperaci pravé kyčle, jelikož nebyla odoperována správně. Ta proběhla v Motole. Zatím posledním zákrokem byla operace levé kyčle. Ta proběhla také v Motole v roce 2014, tedy o celých 10 let později.

Po každém zákroku následovala lázeňská léčba. Ta trvala většinou 4-6 týdnů a pro Matějův stav byla velmi přínosná. Matěj i jeho matka se shodují, že každá operace měla svá pro a proti. Pozitivním přínosem je podle nich zlepšení postavení a usnadnění hygieny. Negativním důsledkem operace je potom dlouhá doba rekonvalescence (po operaci levé kyčle se na končetinu nesměl postavit bezmála tři čtvrtě roku) a celkové (i když ne dlouhodobé) zhoršení fyzického stavu (ochabnutí). Opět bych odcitovala Matějovu maminku: „...*Ale strašně dlouho trvalo, než se vyřídila ta levá kyčel. Operace proběhla v březnu 2014 a do listopadu se na tu nohu Matěj nesměl postavit. A zase jsme se vrátili o x kroků zpátky, protože když se na tu nohu postavil před operací, tak alespoň trochu stál. Nebyla to žádná sláva, ale stál. Pak už ne. Ta noha mu jakoby vlála. Předtím jsme dávali pozor, aby se Matěj na tu nohu nestavěl, protože ta operace byla velká a doktor říkal, že se to musí pořádně zahojit. Takže jsme tu nohu šetřili, ale pak jsme byli tam, kde jsme byli...*“

### 6.3.2 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace u Matěje probíhala zhruba od 4.-5. měsíce věku. Jednalo se především o Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Cvičila s ním převážně matka, které byly na neurologii ukázány body, které má mačkat a stimulovat. Jednou měsíčně docházeli na kontroly do nemocnice, zda cvičí správně. Matějova matka přiznává, že v té době vůbec nevěděla, proč něco takového dělá. Zde bych si znovu dovolila uvést jednu citaci: „...*S Matějem jsme tedy cvičili spolu doma a přibližně jednou za měsíc jsme chodili na kontrolu, jak tedy cvičíme. Tam (na neurologii) mi vždycky ukázali a naučili i konkrétní cviky, které jsme měli dělat. Já jsem tedy mačkala nějaké body, které mi ukázali, ale v podstatě jsem nevěděla, co dělám a měla jsem pocit, že to nic nedělá a nepomáhám mu tím. Přeci jenom tehdy ještě nebyla doba*

*internetu a spousta souvislostí mi unikala. Měla jsem pocit, že potřebuje něco jiného, třeba posilovat a tak. Na to mi zase říkali, že to nemůže, protože je spastický.... A já to tenkrát vůbec nechápala...*“

V předškolním věku navštěvoval Matěj Dětský rehabilitační stacionář Zvonek, Matějova účast zde však byla velmi sporadická. Léčebná rehabilitace tak v tomto období neprobíhala zde, ale pokračovala nadále v rámci rodiny (Vojtova metoda reflexní lokomoce), lázeňských léčeben (Jánské lázně, Luž-Košumberk apod.) a pravidelnými návštěvami zdravotnických zařízení.

Po nástupu do soukromé Speciální základní školy Dotyk se na léčebné rehabilitaci začalo podílet i toto školské zařízení. Konkrétně nácvikem denních činností za účelem dosažení maximální možné samostatnosti a nezávislosti a poradenskou činností (např. pomoc při získání mechanického vozíku). Druhý stupeň absolvoval Matěj v Unhošti v soukromé základní škole Slunce. Ta se na Matějově léčebné rehabilitaci také podílela, obdobně jako škola předchozí.

V Jedličkově ústavu, při studiu na Praktické (bezbariérové) škole, byla Matějovi léčebná rehabilitace zprostředkována i nadále nácvikem denních činností, dále pak léčebnou tělesnou výchovou a fyzikální terapií (zejména různé masáže). Při studiu na Obchodní (bezbariérové) škole využíval Matěj této formy rehabilitace převážně doma. On i jeho matka uvádějí, že v této době s ním v Jedličkově ústavu prakticky necvičili, fyzikální terapie neprobíhala vůbec a nácvik denních činností pouze okrajově.

V současné době (v letohrádku Vendula) je Matějovi léčebná rehabilitace poskytována především formou různého procvičování a protahování (žíněnka, žebřiny, cvičení s gumou atd.). V rámci této rehabilitace probíhá také nácvik chůze pomocí chodítka. Tuto dovednost trénuje klient už více než rok, v průměru 2-3x týdně. U tohoto nácviku jsou Matějovi pokroky zřejmě nejvíce viditelné a on sám se na tento pokrok nejvíce upíná. Zpočátku (tedy zhruba před rokem) mu dělalo obtíže ujít v chodítku 10 m. V současné době je schopen ujít okolo 120 m. Matěj říká, že záleží na dni a jeho momentálním rozpoložení. Stane se, že po ujití určité vzdálenosti (okolo 80-100 m) již nemůže a nácvik ukončí dříve. Některé dny má ale pocit, že by zvládl ujít ještě jednou tolik. Ví ale, že musí postupovat pomalu a nepřepínat své síly. Metod bazální stimulace, Bobath konceptu ani Vojtovy metody reflexní lokomoce není v zařízení využíváno. Letohrádek nemá v současnosti zaměstnance, kteří by byli

vyškoleni a oprávnění některou z metod provádět. Pokud by měl některý z klientů o tuto formu rehabilitace zájem, musí jí využívat externě, mimo rámec tohoto zařízení.

## **6.4 Sociální anamnéza**

Po narození žil Matěj ve společné domácnosti s matkou a otcem. Když bylo Matějovi půl roku, jeho otec zahynul při dopravní nehodě. Zůstali tedy s matkou nějaký čas sami. V té době se Matějův sociální kontakt omezoval převážně na ní, případně na prarodiče. Po nějak době (cca v Matějových 6 letech) si matka našla nového partnera, se kterým o dva roky později znovu otěhotněla. Matěj tedy zhruba od 7 let žil ve společné domácnosti s matkou a otčímem (kterého dodnes oslovuje „tati“). Do domácnosti postupně přibyli i dva sourozenci.

V 16 letech se Matěj přestěhoval na internát do Jedličkově ústavu. Přes týden (pondělí–pátek) pobýval zde a víkendy trávil doma s rodinou. V současné době žije Matěj v letohrádku Vendula. Na víkendy však i nadále jezdí domů.

### **6.4.1 Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace probíhala u Matěje od ranného dětství. Zpočátku se jednalo především o samotné přijetí postižení a poučení matky o vhodných formách rehabilitace u dítěte s DMO. Také bylo třeba zabezpečit a uzpůsobit prostředí (byt) tak, aby se zde Matěj mohl pohybovat a bylo to pro něj bezpečné. Jednalo se tedy především o odstranění překážek a bariér. Jak jsem se již zmiňovala výše, v novorozeneckém, batolecím, ale i předškolním období se Matějův sociální kontakt omezoval převážně na rodinu.

Po nástupu do soukromé Speciální ZŠ Dotyk v Tuchlovicích se Matějova sociální rehabilitace rozšířila o poznání nových lidí, možnost rozvoje zájmové činnosti formou kroužků a účasti na nejrůznějších výletech a akcích. Ve stejném duchu tato rehabilitace pokračovala i v soukromé ZŠ Slunce v Unhošti.

V Jedličkově ústavu, při studiu na Praktické (bezbariérové) škole, se Matějovi dostávalo sociální rehabilitace ve velké míře. Kromě toho, že mu zde bylo poskytováno ubytování a strava, měl možnost poznat nové lidi, probíhala zde i snaha o integraci, sociální kontakt se zdravou částí populace, častá byla i návštěvnost různých akcí, pořádání výletů za účelem poznání Prahy atp. Při studiu na Obchodní (bezbariérové) škole i tato forma rehabilitace více méně pokulhávala. Byla sice i nadále naplňována formou ubytování a stravy, sociální kontakt měl ale pouze s ostatními klienty a vychovateli, se kterými si nerozuměl, výlety a akce již neprobíhaly a Matěj většinu času trávil na pokoji.

V současné době (v letohrádku Vendula) je sociální rehabilitace klientovi zprostředkovávána poskytnutím ubytování, stravy, pomocí při osobní hygieně a nácvikem samostatnosti, zvládání péče o vlastní osobu apod. Několikrát do roka pořádá letohrádek akce pro klienty, zaměstnance, ale i pro veřejnost. V rámci nich mohou klienti poznávat nové lidi a získávat kontakt se společenským prostředím. Na výlety zde bohužel není čas a prostor, jedná se spíše o občasné kratší procházky v místě působiště.

## **6.5 Pedagogická a pracovní anamnéza**

Matěj v předškolním věku sporadicky navštěvoval Dětský rehabilitační stacionář Zvonek. Do první třídy nastoupil v 8 letech. Celý první stupeň ZŠ navštěvoval soukromou Speciální ZŠ Dotyk v Tuchlovicích. Druhý stupeň pak absolvoval v soukromé ZŠ Slunce v Unhošti. Po absolvování základní školy nastoupil do Jedličkova ústavu, kde vystudoval Praktickou (bezbariérovou) školu a Obchodní (bezbariérovou) školu. Po jejich dokončení již více nestudoval.

Matěj je nezaměstnaný a pobírá invalidní důchod. Své schopnosti uplatňuje v letohrádku Vendula v rámci chráněné dílny.

### **6.5.1 Pedagogická rehabilitace**

V Dětském rehabilitačním stacionáři Zvonek Matěj zdokonaloval především hrubou a jemnou motoriku. Základní škola mu pak poskytovala pedagogickou rehabilitaci především vzděláním a výchovou. V Tuchlovicích se kromě toho naučil používat a ovládat i jednu z pomáhajících technologií v rehabilitaci, konkrétně mechanický vozík. V Unhošti měl pak možnost seznámit se a naučit se pracovat s kamerovou lupou.

Jedličkův ústav mu pedagogickou rehabilitaci zprostředkoval také především vzděláním a výchovou, v prvních dvou letech zde byla také možnost doučování.

Letohrádek Vendula není zařízením školského typu, vzdělání jako takové tedy neposkytuje. Klienti zde ale mají možnost rozvíjet svou zájmovou činnost buď samostudiem nebo po domluvě s asistentem (je-li to v kompetenci zařízení). Matěj se zde věnuje samostudiu v oboru výpočetní techniky a v současnosti uvažuje i nad zdokonalováním se v anglickém jazyce, který by se mu hodil právě při práci s počítačem.

### 6.5.2 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitaci jako takovou Matěj až do své adolescence prakticky nevyužíval. Setkal se s ní více méně až v Jedličkově ústavě, v rámci předpracovního hodnocení a nácviku činností pro případné budoucí povolání.

V současné době klient v rámci pracovní rehabilitace navštěvuje chráněnou dílnu. Zde většinou navléká korále a vytváří náhrdelníky a náramky, které jsou dále určeny k prodeji. Občas (zejména před Vánoci) pomáhá s výrobou svíček. K tomu ovšem potřebuje velkou míru pomoci asistenta a práce ho moc nebaví. Celoročně má pak Matěj (společně s jedním z klientů) na starosti správu počítačové sítě. V budoucnu by zde (v letohrádku Vendula) rád získal pracovní smlouvu.

### 6.6 Shrnutí

Matějovi je 25 let. Diagnóza DMO mu byla sdělena ve 2 letech. Cvičení a různé formy rehabilitace ho ve větší či menší míře provází po celý jeho dosavadní život. Díky prodělaným operacím a období, kdy míra rehabilitace klesla na minimum, má možnost srovnat zlepšování a zhoršování svého zdravotního stavu a pohyblivosti v závislosti na míře cvičení a rehabilitace. Výsledky jsou dle jeho slov jednoznačné. Úpadek, který se dostavil v době pooperační rekonvalescence či v období bez cvičení a rehabilitace byl prý značný. Pokroky jsou oproti němu pozvolné a kýžený efekt není hned tak viditelný. Zde bych si naposledy dovolila citovat Matěje, který tuto skutečnost krásně popsal: „...*Když je člověk bez cvičení, hrozně rychle ochabne. Já to viděl po každé operaci a i v „Jedličkárně“, když se mnou necvičili. Ten výkon a ohebnost jde hrozně rychle dolů, najednou už člověk neudělá to, co dřív normálně dokázal, ztrácí tu jistotu, a i se víc bojí. Je to pak takový trochu začarovaný kruh. Vlastně i teď v zimě, když jsem asi 3 týdny marodil, bylo znát to, že jsem necvičil. Byl jsem rychleji unavený a ohebnost se taky trochu zhoršila. A to byly jenom 3 týdny a už to bylo znát! Sice ne tak moc, ale přece... Já už se teda smířil s tím, že budu muset cvičit až do konce života. Já to mám ještě spojené s tím chozením, že se to chci naučit, ale i kdybych nechtěl, stejně bych musel cvičit! Protože nechci být úplně odkázaný na druhé a sám nic nezvládnout, což by se bez rehabilitace klidně mohlo stát...*“

Klient v současné době nevyužívá možnosti farmakoterapie, bazální stimulace, Bobath konceptu ani Vojtovy metody reflexní lokomoce. Ostatní formy rehabilitace (léčebná,



sociální, pracovní, pedagogická a jiné formy) jsou mu k dispozici v letohrádku Vendula a i v rámci rodiny, která Matěje v jeho snech a záměrech plně podporuje.

Matějův přístup k rehabilitaci a přesvědčení o jejím pozitivním vlivu na jeho zdravotní stav mi přijde nesmírně sympatický a inspirativní. Z celého srdce si přeji, aby mu takové nadšení vydrželo i do budoucna a jeho sny se staly skutečností...

## **7 KAZUISTIKA č. 2 – Zita**

Veškeré informace potřebné pro sepsání této kazuistiky jsem získala z rozhovorů se Zitou a jejím současným partnerem, dále pak z dotazníku, který vyplnili Zitini asistenti. Ukázka dotazníku je zařazena v příloze.

### **7.1 Osobní anamnéza**

#### **7.1.1 Novorozenecké a batolecí období**

Zita se narodila v prosinci roku 1963 v 6. měsíci těhotenství. Příčinou předčasného porodu (a zřejmě i samotné Zitiny diagnózy DMO) byl s největší pravděpodobností fakt, že její otec, který byl (jak Zita sama říká) alkoholik, v opilosti několikrát napadl její (v té době již těhotnou) matku. Po jednom takovém incidentu, v 6. měsíci těhotenství, matka předčasně porodila. Porod byl dost zdoluhavý a byly při něm použity kleště.

První známky toho, že je Zitin vývoj jiný než u zdravých dětí, upozorovala matka zhruba okolo 1 roku věku. Zpočátku si její opožděný vývoj spojovala s předčasným narozením a nepřikládala mu proto takovou váhu. Zita sice v roce uměla sedět, nedokázala se však žádným způsobem pohybovat sama po místnosti. Prošla tedy řadou prohlídek a vyšetření v nemocnici v Praze 4 – Krči. Po nějaké době byla rodině sdělená diagnóza, která zněla: Dětská mozková obrna, pravděpodobně s těžkou mentální retardací. Zitě byl rok a půl.

Zita má spastickou DMO, diparetickou formu. Prognóza ohledně hloubky mentálního deficitu se naštěstí nepotvrdila. Zita se pohybuje v pásmu lehké mentální retardace. Problémy jí činí například matematické operace, logické myšlení, určení směru (levá – pravá) atp., při praktických činnostech (např. nákup, úklid, příprava jídla atd.) si dokáže poradit obstojně sama (občas je nutnost slovní navigace, případně fyzické dopomoci – ta už ale nemá co dočinění s mentálním deficitem, nýbrž s fyzickými překážkami, které není schopná díky svému postižení překonat).

Cvičit a rehabilitovat začala Zita až ve 3 letech. V té době ji konečně přijali do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku. Podle jejího vyprávění ale nebylo neobvyklé, že rehabilitace dětí s DMO začínala v té době (60. léta 20. století) až okolo 2-3 let věku. O různá zařízení, v nichž se rehabilitace prováděla (jako třeba právě léčebna v Luži-Košumberku), byl velký zájem a nebylo samozřejmostí, že byl každý z uchazečů přijat. Vytvářely se různé pořadníky a čekací listiny. Na takové se bezprostředně po sdělení diagnózy ocitla i Zita. Trvalo tedy rok a půl, než ji přijali, nicméně do zařízení se dostala. V průběhu onoho roku a půl, kdy čekala na rozhodnutí o přijetí či nepřijetí, pobývala doma.

Po nástupu do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku začala Zita s opravdovou ucelenou rehabilitací.

### 7.1.2 Předškolní věk

V předškolním věku trávila Zita většinu času právě v Hamzově léčebně v Luži-Košumberku. Veškeré formy rehabilitace tedy probíhaly právě tam. Domů jezdila opravdu zřídka. Uvedla bych zde jednu Zitinu citaci: „...*V momentě, kdy jsem se dostala do Košumberku, jsem se domů už moc často nepodívala. Pamatuji si, že to pro mě ze začátku bylo hrozné. Do té doby jsem byla s mámou každý den a pak najednou nic. Ona za mnou teda o víkendu jezdila na návštěvu, ale tak to je takový...to prostě nestačí! No a domů si mě nebrali skoro vůbec. Ted'ka si říkám, že to bylo nejspíše kvůli tátovi, máma by asi i chtěla, no ale nebrali si mě a já to tehdy cítila jako takovou docela křivdu...*“

Zajímavostí je, že se zde v 5 letech seznámila se svým současným partnerem Václavem. V té době byl prý Václav velmi nespolečenský a nemluvný, i přes to se z nich stali kamarádi (více informací je pak uvedeno v kazuistice č. 3).

### 7.1.3 Školní věk

Zita v Hamzově léčebně chodila do školy, která byla součástí zařízení. Vyučování probíhalo v průměru 2 hodiny denně – za týden tedy měli celkem 10 vyučovacích hodin. Na volnočasové aktivity tu nezbývalo moc času. Po zbytek dne se věnovali zejména cvičení a protahování. V rámci léčebné rehabilitace se zde Zita (přibližně v 8 letech) začala učit ovládat jednu z kompenzačních pomůcek, umožňující jí chůzi. Z počátku používala berle s více opěrnými body (tzv. „kozičky“), později přešla na berle klasické. Učení jí však příliš nešlo, hlavně z důvodu neustálého pokrčení dolních končetin v kolenu, vnitřní rotace stehen a stojí na špičkách. Veškerá váha tak při chůzi o berlích spočívala na jejích horních končetinách. Zita při rozhovorech několikrát vzpomínala, jak schválně schovávala, případně lámala dřevěné berle, aby nácvik nemusela provádět. Do té doby se pohybovala pouze v poloze „na čtyřech“, která jí vyhovovala z důvodu, že měla váhu rozloženou rovnoměrně. Uvedla bych zde jednu Zitinu citaci na téma cvičení: „...*A když nám skončilo vyučování, měli jsme trochu volna pro sebe, ale za chvíli jsme museli už jít cvičit. To bylo pořád cvičení-odpočinek-cvičení-odpočinek-cvičení atd. Do toho tedy samozřejmě pauza na svačinu... A cvičili jsme všichni pohromadě, to nebylo jako dneska, kdy je všechno individuální nebo jak se to řekne... A já si ze všeho nejvíc pamatuju, jak jsem se styděla, protože jsme museli cvičit nazí. Teda to jenom dokud jsme byli malí, později jsme mohli mít spodní prádlo. Ale stejně... To tak bylo z důvodu, aby bylo dobře vidět, zda děláme určený*“

*pohyb správně, jaké svaly u toho zatínáme a jak s nimi pracujeme. Ale mně to teda bylo nepříjemné! ...“*

V 11 letech šla Zita na svojí první a zároveň poslední operaci (viz. Dále). Po prvotním rozcvičení se v léčebně opět začala učit chodit o berlič. Návík dovednosti trval zhruba rok, než přišla na správný systém a na berle si zvykla. Chůze jí šla ale daleko lépe než před operací, hlavně z toho důvodu, že mohla část váhy přenést i na dolní končetiny, a ta tak nezůstávala pouze na ruce. Začínala opět s berlemi s více opěrnými body (tzv. “kozičky“), později přešla na berle klasické. Z počátku se jednalo o návík na krátké vzdálenosti, který trval přibližně hodinu. Postupně se ale čas i vzdálenost prodlužovaly.

Kromě správné techniky chůze je v léčebně učili i správné techniky pádu. V případě takové situace je důležité zahodit berle co nejdále od sebe a chránit si především hlavu. K návíku zde však užívali poměrně nestandardní postupy. K jejich popisu využiji opět Zitina slova, která odcituji: *„...Vzpomínám si, že nás kromě chůze učili i padat. Takhle to zní úplně strašně, když to takhle říkám, ale já se díky tomu naučila padat opravdu na jedničku a přestala jsem se toho (pádu) bát! ...No ale to bylo tak, že asistent vylil na podlahu kýbl s vodou a rozházel tam různé i nějaké předměty, o které bychom se mohli třeba zranit nebo tak. No a naším úkolem bylo tuhle „trasu“ projít tak, abychom neupadli. A když už jsme padali, tak jsme museli padat tak, aby se nám nic nestalo, aby byl ten dopad bezpečný... To se samozřejmě nemohlo dělat takhle hned, nejdřív nám tu techniku museli vysvětlit a my si to zkoušeli třeba na žíněnce. Tohle byla spíše taková zkouška, jestli to zvládneme...“*

K Zitinu postižení se krom potíží s hybností a lehkým mentálním deficitem pojí i špatná výslovnost a problémy s inkontinencí. V rámci ucelené rehabilitace v této době probíhala snaha o jejich odstranění nebo alespoň zmírnění. To se téměř zcela povedlo u poruchy řeči, u inkontinence pouze částečně (obtíže bohužel v omezené míře přetrvávají dodnes).

#### **7.1.4 Adolescence**

Z léčebny v Luži-Košumberku odešla Zita v 17 letech. Běžná věková hranice, do kdy mohli pacienti jejích služeb využívat, byla v té době 15 let. Ale jelikož její matka měla velké zdravotní problémy, které skončily až její dlouhodobou hospitalizací (cca 1 rok), byla Zuzce umožněna výjimka, a měla tak možnost zůstat v Košumberku o dva roky déle, než bylo běžné.

Poté se jí podařilo získat místo v léčebně v Podkrkonoší, konkrétně v Hořicích. Zde strávila dalších 11 let života.

### 7.1.5 Dospělost

Na Hořice vzpomíná Zita v dobrém. Ve svých 24 letech zde potkala svého budoucího partnera (dále jen Petr), který byl o 14 let starší než ona. Narodil se zdravý, v dospělosti se u něj ale projevila roztroušená skleróza, díky níž skončil upoutaný na invalidním vozíku a dostal se právě do léčebny v Hořicích. Po navázání vzájemného vztahu zde pobývali ještě další 4 roky, během nichž získali možnost společného soužití na zkoušku. V roce 1991 se jim naskytla možnost bydlení na Kladně, konkrétně v bezbariérovém domě Meta. Sem se také posléze přestěhovali.

Zita s Petrem spolu bydleli v tomto bezbariérovém domě 22 let. Z počátku měli k dispozici několik ošetřovatelů, kteří jim pomáhali s rehabilitací, sebeobsluhou a chodem domácnosti.

Problém nastal postupem času, kdy se jejímu partnerovi kromě fyzického stavu začal zhoršovat i ten psychický. Služby ošetřovatelů postupně zrušil a přesvědčil Zitu, že vzhledem k její obstojné pohyblivosti vše zvládnou sami. Tak tomu zpočátku také bylo. Zita vzpomíná na to, jak se nejdříve skvěle doplňovali. Petr, který na tom byl fyzicky hůře, ale mentálně v naprostém pořádku, zajišťoval např. správu finančních prostředků a jednání s úřady. Zita, která na tyto úkony neměla dostatečnou mentální kapacitu, ale byla pohybově zdatnější, zajišťovala např. nákupy, úklid domácnosti apod.

Jak už jsem ale předesílala výše, Petrův fyzický i psychický stav se postupně zhoršoval a Zitin partner začal být velmi majetnický a despotický. Postupně Zitě zakázal schůzky s přáteli, nákupy, a dokonce i cvičení. Tvrdil, že čas, který stráví cvičením, by mohla využít lépe (např. staráním se o něho, prací v domácnosti apod.). Argumentoval i tím, že její fyzický stav se už nezlepší a že tedy cvičení není třeba.

Zitin zdravotní stav se začal postupně zhoršovat. Téměř žádné cvičení a celkový nedostatek pohybu (ke konci vztahu nesměla skoro vycházet z bytu) se na jejím těle podepsal. Svaly začaly postupně ochabovat a činnosti, které pro ni byly dříve samozřejmostí, najednou nedokázala. V roce 2013 byl již úpadek jejích schopností pohybu a sebeobsluhy natolik zásadní, že začala naléhat na Petra, aby opět zařídil pečovatelskou a ošetřovatelskou službu. Ten nesouhlasil a po půli roce ustavičných hádek na toto téma se rozešli.

Jelikož byt byl psaný na Petra, byla to Zita, kdo se musel odstěhovat. V té době jí pomohla kamarádka, která vede chráněné bydlení pro osoby s PAS. Ubytovala Zitu právě zde. Problémem ovšem bylo to, že dům není bezbariérový a pokoje klientů jsou umístěny v patře.

Pro Zitu byl tedy tento typ ubytování dost nevhodný. Začala zde ale opět cvičit a síla a pohyblivost se jí díky tomu začaly postupně opět vracet.

Během roku, který Zita strávila v tomto chráněném bydlení, nastalo několik změn i v jejím osobním životě. Její bývalý partner Petr zemřel a zanechal po sobě dědictví, jehož poměrná část jí připadla. V průběhu roku se také seznámila (či spíše po letech znovu shledala) se svým novým partnerem (dále Václav), se kterým je doted'.

Vzhledem k nevhodnosti a bariérovosti zařízení, ve kterém žila, novému partnerovi a v neposlední řadě i nové finanční situaci, se Zita v roce 2015 rozhodla nastěhovat se zpět do Mety. V současné době tedy žije opět zde, i se svým novým partnerem. Ten má také diagnózu DMO a je upoutaný na elektrický vozík. Po fyzické stránce je na tom hůře než Zita, mentální deficit ale nemá žádný (Viz. Kazuistika č. 3). Opět si tedy mohou pomáhat a doplňovat se navzájem, což dle Zitinych slov také dělají. K dispozici jim je pečovatelská služba a služba osobní asistence.

Zita v současné době potřebuje pomoc a podporu asistentů při osobní hygieně (sprchování), při přesunech na vozíku (na delší vzdálenost), při rehabilitaci (např. při cvičení nebo při výrobě) a při oblékání dolní poloviny těla. Pomoc asistentů využívá občas i při nákupu, s jejich službami ale v tomto případě není úplně spokojená (chce si vybrat sama) a proto volí spíše formu doprovodu.

## **7.2 Rodinná anamnéza**

Co se týče rodinné anamnézy, není Zita jedinou osobou s touto diagnózou. Matka i otec byli zdraví, 2 starší bratři také. Sestra, která je o 4 roky mladší, má ale diagnózu DMO též. I během tohoto těhotenství otec matku v opilosti několikrát napadl, a ta nakonec opět předčasně porodila (tentokrát o něco později, na začátku 8. měsíce těhotenství). Po fyzické stránce jsou na tom Zita a její setra podobně (obě jsou schopné chodit o berlích, na delší vzdálenosti využívají mechanický vozík), co se ale týče mentální úrovně, Zita přiznává, že je na tom její sestra mnohem lépe. Její intelekt je v normě. Kromě Zity a její sestry se v rodině jiný případ DMO nevyskytl.

### 7.3 Zdravotní anamnéza

Jak jsem již zmiňovala v anamnéze osobní, Zita má spastickou DMO, diparetickou formu. Ta jí byla diagnostikována v roce a půl. Dolní končetiny jsou v jejím případě postiženy o něco výrazněji než končetiny horní, je ale schopná chůze o berlích. K přesunu na větší vzdálenosti používá mechanický vozík. Intelektové schopnosti se pohybují v pásmu lehké mentální retardace.

Zita neužívá žádné léky. Farmakoterapie tedy u klientky v současné době neprobíhá. Ve věku zhruba 12-13 let dostávala v rámci léčby lék Encephabol a další, jejichž názvy si bohužel nepamatuje. Výrazné výsledky to ale nepřineslo, proto bylo od farmakoterapie postupně upuštěno. Nejvýraznějším (a zároveň nežádoucím) efektem užívání těchto léků bylo nápadné zvětšování ňader, které na sobě pozorovaly všechny pacientky, které tyto léky dostávaly společně se Zitou.

#### 7.3.1 Operace

Svou první a zároveň poslední operaci absolvovala Zita v 11 letech. Jednalo se o ortopedický zákrok na kolenou a kyčlích, díky němuž nemá kolena tak moc pokrčená a stehna sevřená. Operace Zitě usnadnila nejen nácvik chůze, ale i osobní hygienu. Zákrok byl proveden v Praze v nemocnici na Karlově náměstí. Strávila zde hospitalizovaná bezmála jeden rok. Ocitovala bych jednu z jejích vzpomínek na pobyt v nemocnici: „...A po té operaci, to si vzpomínám, jsem musela ležet na dvou postelích a mezi nohama jsem měla takovou dlouhou tyč (rozporku), která se teda postupně zkracovala, ale stejně jsem nemohla dát vůbec nohy k sobě. A hrozně dlouho jsem měla na nohou sádry. Když mi je sundali (sádry), byla jsem po pár dnech konečně propuštěná a veškerá pooperační rehabilitace se odehrávala už zase v Košumberku...“

#### 7.3.2 Léčebná rehabilitace

V době, kdy pobývala doma (1,5 – 3 roky), Zita skoro necvičila. Nedělala tedy ani žádné výraznější pokroky. Její matka neměla dostatečné zkušenosti a informace o tom, jak by měla s dítětem s DMO cvičit a rehabilitovat. Velkou překážkou byl také Zitin otec, který se s narozením postiženého potomka nemohl a nechtěl smířit, a jakékoli pokusy o rehabilitaci matce zakazoval. Argumentoval tím, že je to stejně zbytečné a matka udělá lépe, když čas, který by strávila se Zitou, bude raději věnovat jejich zdravým synům. Veškeré snahy o rehabilitaci a cvičení se tak odehrávaly v tajnosti a pouze v době, kdy byl otec nepřítomen. Jednalo se o různé formy protahování. Zita tyto matčiny pokusy nazvala „metodou pokus-omyl“.

Ve třech letech se Zita dostala do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku. V rehabilitaci (léčebné) zde zpočátku převažovala Vojtova metoda reflexní lokomoce, ale po roce 1968, kdy její autor emigroval, dostali v léčebně zákaz ji používat. Další rehabilitace tedy probíhala spíše na bázi polohování a protahování. Podle popisu Zity, která bohužel přesně neví, jaké metody byly v rámci léčebné rehabilitace dále využívány, soudím, že se jednalo o kombinaci technik vycházející i nadále z Vojtovy metody, Bobath konceptu a dalších. Při polohování byly používány dlahy (většinou 2x denně). Na to Zita nevzpomíná ráda – velmi to prý bolelo. Dále se zde hojně využívala hydroterapie, jejíž účinky si Zita velmi chválila. Ta probíhala nejčastěji formou vířivých koupelí a plavání v bazénu. V Hamzově léčebně také probíhal intenzivní nácvik chůze a pádů, který je popsán v osobní anamnéze.

Léčebná rehabilitace v Hořicích opět vycházela především z Vojtovy metody reflexní lokomoce. I ostatní metody byly podobné jako v Hamzově léčebně v Luži-Košumberku (polohování, protahování atd.). Jediným výrazným rozdílem bylo zapojení posilovacího cvičení, které se v předchozí léčebně skoro neuplatňovalo. Díky němu dokázala Zita ujit o berlích větší vzdálenost než kdy dřív a mechanický vozík, který jí byl k dispozici k delším přesunům, v té době nevyužívala skoro vůbec (Zita se neumí na vozíku pohybovat sama, k přesunům je nutná asistence další osoby, která bude vozík ovládat).

Po přestěhování do bezbariérového domu Meta se Zita zpočátku poctivě věnovala cvičení a rehabilitaci. Pomáhali jí s tím ošetřovatelé a rehabilitační sestra, která za Zitou 2x v týdnu docházela a cvičila s ní Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Díky tomu se Zitin stav udržoval na stejné úrovni.

Jak jsem se již zmiňovala v anamnéze osobní, Zitin partner postupně služby ošetřovatelů zrušil a přesvědčil Zitu, že vzhledem k její obstojné pohyblivosti vše zvládnou sami. Cvičení jí také zakázal. Argumentoval tím, že její fyzický stav se už stejně nezlepší a že tedy cvičení není třeba. Její zdravotní stav se ale začal zhoršovat.

Po roce, který po rozchodu s Petrem strávila v chráněném bydlení pro osoby s PAS, byl vidět velký pokrok. Pro Zitu byl tento typ ubytování sice nevhodný (bariéry – např. schody atp.), začala zde ale opět cvičit (zejména různé formy protahování a procvičování) a síla a pohyblivost se jí díky tomu začaly postupně vracet.

V současnosti za Zitou dochází opět 2x týdně rehabilitační sestra, která s ní pravidelně cvičí (Vojtova metoda reflexní lokomoce, procvičování, protahování atp.) a pomáhá Zitě udržovat její fyzický stav na dané úrovni. Léčebná rehabilitace a cvičení jsou momentálně pro Zitu



důležitější než dříve. Díky ročnímu pobytu v chráněném bydlení pro osoby s PAS, kde musela několikrát denně chodit do schodů, se zhoršil stav jejích kyčlí. Dle lékařů je pravděpodobné, že kdyby i nadále chodila ze schodů a do schodů, necvičila, nebo cvičila, ale nevhodně, zhoršil by se její zdravotní stav natolik, že by nemohla k pohybu používat berle, ale musela by je trvale vyměnit za mechanický vozík.

## **7.4 Sociální anamnéza**

Po narození žila Zita ve společné domácnosti s matkou, otcem a dvěma staršími bratry. Tak tomu bylo až do jejích 3 let. V té době se Zitin sociální kontakt omezoval pouze na rodinu. Přesněji na matku, jelikož otec ani bratři nejevili o postiženého člena rodiny zájem.

Ve 3 letech přijali Zitu do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku, kde byla umístěna až do svých 17 let. S rodinou se nevidala nijak často. Když byly Zitě 4 roky, přibyl do rodiny další sourozenec.

Po opuštění Hamzovy léčebny odešla Zita do Hořic. Zde strávila dalších 11 let svého života. Jak jsem již zmiňovala v anamnéze osobní, potkala zde svého budoucího partnera (Petra), se kterým se později odstěhovala na Kladno, do bezbariérového domu Meta.

Zde bydlela až do rozchodu s Petrem, tedy do roku 2013. Po rozchodu jí pomohla kamarádka (Zita nevěděla, na koho by se měla obrátit), která ji ubytovala v chráněném bydlení pro osoby s PAS, jehož je ředitelkou. V tomto zařízení pobývala Zita zhruba rok.

Od roku 2015 bydlí opět v bezbariérovém domě Meta s novým partnerem (Václav).

Zitini rodiče (a jeden z bratrů) již bohužel nežijí. Se zbývajícími dvěma sourozenci (starší bratr a mladší sestra) je však více méně v kontaktu.

### **7.4.1 Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace probíhala u Zity určitou formou od raného dětství. Zpočátku se jednalo především o samotné přijetí postižení a snahu matky o rehabilitaci. Ze strany otce (a svým způsobem i od starších sourozenců) se však Zitě přijetí nedostalo. V novorozeneckém a batolecím období se její sociální kontakt omezoval pouze na rodinu, zejména na matku.

Po nástupu do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku byla Zitě sociální rehabilitace poskytována především formou ubytování a stravy, pomocí při osobní hygieně, nácvikem

samostatnosti, nácvikem zvládání péče o vlastní osobu apod. Na výlety a získávání kontaktů se společenským prostředím zde moc času nebylo.

Podobné to bylo i v Hořicích. Sociální rehabilitace zde byla opět poskytována především formou ubytování, stravy, pomoci při osobní hygieně, nácvikem samostatnosti, nácvikem zvládání péče o vlastní osobu apod. Zita zde také měla možnost poznat nové lidi (s některými udržuje kontakt do dneška) a v neposlední řadě i partnera, se kterým strávila bezmála 26 let.

V současné době je Zitě poskytována sociální rehabilitace opět formou ubytování, stravy, pomoci při osobní hygieně, nácvikem zvládání péče o vlastní osobu atp. Služba osobní asistence jí zprostředkovává i kontakt se společenským prostředím (např. doprovod při nákupu, na kávu s kamarádkami atd.). Také má možnost využít služeb klubu, který pro klienty pořádá různé výlety, akce atp. Toho ale Zita využívá minimálně a případné výlety plánují s partnerem spíše individuálně.

## **7.5 Pedagogická a pracovní anamnéza**

Zita ve věku 3 let nastoupila do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku. Zde absolvovala základní školu, která byla součástí zařízení. Vyučování probíhalo v průměru 2 hodiny denně – za týden tedy měli celkem 10 vyučovacích hodin. Po jejím ukončení již dále nestudovala.

Zita je po celý život nezaměstnaná a pobírá invalidní důchod. Své schopnosti uplatňuje především v rámci domácích volnočasových aktivit (např. ruční práce – pletení) a jednou týdně navštěvuje externě kroužek keramiky, kde pro potěšení vyrábí různé vázy, doplňky apod. Ty nejsou určeny k prodeji, Zita je používá jako výzdobu domácnosti, případně jako dárky pro své blízké.

### **7.5.1 Pedagogická rehabilitace**

V Hamzově léčebně probíhala pedagogická rehabilitace především vzděláním a výchovou (ač se jednalo pouze o dvě vyučovací hodiny denně). Zita se zde také naučila používat a ovládat berle. Díky zvládnutí techniky chůze s touto kompenzační pomůckou se stala soběstačnější.

V Hořicích neprobíhala výuka jako taková, nejednalo se o školské zařízení. Byla zde však poměrně bohatá nabídka volnočasových aktivit. Zita postupně vyzkoušela skoro všechny, a to především z důvodu neschopnosti vydržet déle u jedné činnosti. Zita sama o sobě říká, že se pro všechno dokáže rychle nadchnout, ono nadšení ji ale i stejně rychle přejde. Zejména

pokud danou činnost dělat musí. U žádné z aktivit tedy dlouho nevydržela. Jako příklad činností, kterým se zde Zita postupně věnovala, bych uvedla např. kroužek malování, vyšívání, vaření, keramiky atd.

V bezbariérovém domě Meta, kde v současnosti pobývá, mají klienti možnost rozvíjet svou zájmovou činnost buď samostudiem nebo po domluvě s asistentem (je-li to v jeho kompetenci, případně se mohou domluvit na dopravě či doprovodu na místo k tomu určené). Jak jsem již zmiňovala výše, Zita v současné době externě navštěvuje kroužek keramiky a v rámci samostudia zlepšuje svou jemnou motoriku různými ručními pracemi (aktuálně Zitu baví pletení/háčkování deček a doplňků).

### **7.5.2 Pracovní rehabilitace**

Pracovní rehabilitaci jako takovou Zita až do své adolescence prakticky nevyužívala. Setkala se s ní až v léčebně v Hořicích. Rehabilitace pracovní se v tomto zařízení více méně prolínala s pedagogickou. Chráněná dílna jako taková zde v této době nefungovala, vyrobené předměty (především z keramiky, korálků apod.) ale mohly být použity k prodeji nebo byly určeny jako dárkové předměty. Nácvik pracovních dovedností se zde nesl v tomto výrobním duchu a Zita podotýká, že nikdo z personálu zřejmě nepředpokládal, že by některý z klientů mohl někdy samostatně pracovat a být zaměstnán jinak než v chráněné dílně. Předpracovní hodnocení a nácvik činností pro případné budoucí povolání zde neprobíhal.

V době, kdy bydlela v bezbariérovém domě Meta s bývalým partnerem Petrem, trávila veškerý svůj volný čas péčí o domácnost a o svého přítele. Žádnými jinými aktivitami se v této době nezabývala. Až poté, co se rozešli a Zita se dostala do chráněného bydlení pro osoby s PAS, začala se opět věnovat ručním pracím a navštěvovat kurz keramiky, kam chodí dodnes. Sice si výrobou nevydělává žádné peníze, má ale díky tomu ze sebe dobrý pocit a utvrzuje ji to v přesvědčení, že je užitečná. A jak sama říká „není k ničemu“.

## **7.6 Shrnutí**

Zitě je 54 let. Diagnóza DMO jí byla sdělena v roce a půl. Cvičení a různé formy rehabilitace ji ve větší či menší míře provází celý život. Jelikož jsou v jednotlivých obdobích jejího života znatelné výkyvy (především intenzity) v rehabilitaci, má možnost srovnat zlepšování/zhoršování svého zdravotního stavu a pohyblivosti v závislosti na ní.

Sama Zita říká, že zejména bez léčebné rehabilitace by byl její stav mnohem horší, než jaký je v současnosti. Přiznává, že bylo období (především v mládí), kdy jí cvičení přišlo zbytečné

a beze smyslu a nechtěla ho dělat. Nevýhodou podle ní je, že pozitivní výsledky se projeví až po dlouhé době a kýžený efekt není tak viditelný. Pokrok je také mnohem pomalejší než úpadek, který se dostavil v době bez cvičení a rehabilitace. Ten byl prý u Zity zpočátku pozvolný, postupně ale nabíral na rychlosti a intenzitě. Zde bych uvedla poslední Zitinu citaci, právě na téma úpadku schopností: „...*No a on (Petr) mi pak zakázal i cvičení. A je pravda, že mně už se ten zdravotní stav dlouho nezlepšoval, spíše se tak jako udržoval na té stejné úrovni... No a jelikož jsem se nechtěla hádat, cvičit jsem přestala... Akorát jsem nečekala, že se ten můj stav může takhle zhoršit. Teda jako ne, že bych to nevěděla, že se to může stát, tím nám pořád vyhrožovali v Košumberku, že když nebudeme cvičit, půjde to do pr\*\*\*\*, ale tak nečekala jsem, že to půjde tak rychle... Ze začátku se mi třeba hůř vstávalo z postele nebo jsem se tolik nenatáhla, když jsem si chtěla něco podat. Ale potom jsem už skoro nechodila! Myslím, že to bylo i tím, že jsem skoro vůbec nevycházela z bytu. Přeci jen po bytě jsem berle tolik nepotřebovala že jo... to se člověk tuhle chytí, opře se, nebo když to byla delší vzdálenost, šla jsem po čtyřech... A pak, když jsme se rozešli a já se dostala k Jitce (do chráněného bydlení) a musela jsem chodit do schodů, protože pokoje byly prostě nahoře, bylo to pro mě úplně peklo. Ale já si zase nechtěla stěžovat, protože jsem byla ráda, že mám kde být. Takže jsem se prostě rozhodla, že musím začít zase cvičit, abych to zvládala. Přeci jen po těch schodech jsem musela několikrát denně nahoru a dolů, přes to prostě nejel vlak. Ze začátku to cvičení teda hrozně bolelo a já si kolikrát říkala, že se na to vykašlu... Ale postupně to šlo líp a líp a já jsem teď ráda, že jsem to nevzdala ...“*

Klientka v současné době nevyužívá možnosti farmakoterapie. Ostatní formy rehabilitace (léčebná, sociální, pracovní, pedagogická a jiné formy) jsou jí k dispozici buď v bezbariérovém domě Meta nebo externě za pomoci osobních asistentů. Zitin nový přítel, se kterým v současné době bydlí, je jí velkou oporou a na rozdíl od partnera předchozího se Zitě snaží splnit všechna její přání. Hodně věcí dělají společně.

Zita dle svých slov momentálně prožívá asi nejšťastnější období v životě. Vliv cvičení a rehabilitace na její zdravotní stav dříve brala s velkou rezervou a až vzhledem ke svým zkušenostem s úpadkem schopností a jejich těžkým znovunabytím, dokáže její vliv patřičně docenit.

## 8 KAZUISTIKA č. 3 – Václav

Veškeré informace potřebné pro sepsání této kazuistiky jsem získala z rozhovorů s Václavem a jeho současnou partnerkou, dále pak z dotazníku, který vyplnili Václavovi asistenti. Ukázka dotazníku je zařazena v příloze.

### 8.1 Osobní anamnéza

#### 8.1.1 Novorozenecké a batolecí období

Václav se narodil v březnu roku 1962. Porod proběhl v termínu a žádné komplikace při něm nenastaly. Ani Václavův vývoj nebyl nikterak opožděný. První problémy a signály, že něco není v pořádku, se objevily okolo 8. měsíce věku. V tu dobu dostal Václav vysoké horečky, které ho dlouhou dobu neopouštěly. K popisu vývoje následujících událostí bych použila jednu Václavovu citaci: „...*No a ty horečky pořád nechtěly ustoupit. Táta byl se mnou asi 3x v nemocnici, ale tam mu pokaždé řekli, že se jedná o nějakou virózu a dali mu na to nějaké léky. Akorát že ty vůbec nezabíraly a tátovi přišlo, že jakoby málo reaguji. Tak se mnou šel znovu do nemocnice a tam na něj prý už koukali jako na blázna, co si to pořád vymýšlí. Nechali si mě tam tedy přes noc na pozorování, táta tam se mnou tenkrát zůstal, ale nevypozorovali nic. No a druhý den nás poslali domů...*“

Poté co byl Václav z nemocnice propuštěn, horečky ustoupily, a i jeho reakce se vrátily víceméně do normálu. Po dalším měsíci však ochrnul na všechny 4 končetiny. Diagnóza mu byla sdělena v 1 roce. Václav má spastickou DMO, hemiparetickou formu (získanou).

Když byla Václavovi sdělena diagnóza, jeho otec se obrátil na MuDr. Václava Vojtu. Ten začal s Václavovou rehabilitací pomocí své vlastní metody reflexní lokomoce. Správné cviky a požadované reakce předvedl také jeho otec, který začal tuto metodu používat s Václavem doma. Postupně se aplikace metody reflexní lokomoce přesunula zcela do domácího prostředí a za MuDr. Václavem Vojtou jezdili pouze 1x za měsíc na kontroly a konzultace, zda cviky a stimulaci provádí správně.

Když bylo Václavovi 2,5 roku, přijali ho do dětské rehabilitační léčebny v Železnici u Jičína. Strávil tu 6 měsíců. Pobyt zde ale jeho zdravotní stav bohužel nezlepšil.

#### 8.1.2 Předškolní věk

Ve 4 letech nastoupil do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku. Zde se o 2 roky později seznámil se Zitou. Václavův pobyt v léčebně trval vždy 1 týden, ten následující pak trávil doma s rodinou. Rehabilitace tedy probíhala střídavě na obou místech. Možná i díky častému střídání prostředí byl Václav v této době hodně zamlklý a kontakt s ostatními dětmi

v podstatě vůbec nevyhledával. Výjimkou byla Zita, v jejíž společnosti mu bylo dobře a která za něj v případě potřeby komunikovala s ostatními (například s neoblíbenými zaměstnanci nebo pozdějšími spolužáky apod.). Jejich přátelství se dále upevnilo ve věku školním.

### 8.1.3 Školní věk

Do první třídy nastoupil Václav v 8 letech. První stupeň (1.-4. třída) absolvoval na dvou základních školách zároveň. Týden, který trávil v Hamzově léčebně v Luži-Košumberku, navštěvoval školu, která byla součástí zařízení. Rozsah výuky zde byl 2 hodiny denně, tedy 10 vyučovacích hodin za týden. V tom týdnu, kdy byl doma s rodinou, navštěvoval místní základní školu. Zde probíhala standartní výuka. Aby vše v klidu zvládal a dokázal překonat bariéry (např. hned u vstupu do školy byly 2 schody), jeho mladší bratr nastoupil do první třídy o rok dříve, než by správně měl, aby mohl Václavovi se vším pomáhat. Cvičení a rehabilitace probíhaly i v tomto období střídavě na obou místech.

Druhý stupeň (5.-8. třída) absolvoval už pouze v Luži-Košumberku. Základní škola v místě bydliště končila 4. třídou a druhý stupeň žáci absolvovali v blízké vesnici. Václavova doprava sem by však byla obtížná, a proto se rozhodl dokončit základní školu právě v Hamzově léčebně.

Jak již bylo řečeno v kazuistice č. 2, klienti zde věnovali téměř veškerý volný čas rehabilitaci, cvičení, protahování a polohování. Uvedla bych zde Václavovu citaci na toto téma: „...*No ve škole v Košumberku jsme tomu moc nedali, ono taky co se dá stihnout za dvě hodiny denně...? Ale cvičení a rehabilitaci se tam věnovali hodně, to zase jo! I já, který jsem necvičil tolik, jako někteří jiní, jsem tím strávil většinu dne. Určitě 2 hodiny dopoledne, a tak hodinu a půl odpoledne. Jednalo se hodně o různé formy protahování a polohování, často to dost bolelo, pak používali tlak na různé části těla... samozřejmě že pořád vycházeli z Vojtovy metody, i když se to tenkrát nesmělo... No ale opravdický peklo začalo, když si vymysleli, že mě budou učit chodit (o berlích)! Já byl do té doby vždycky jenom na vozíku a rovnou jsem jim říkal, že se jim na nějaké berle můžu...asi bych to měl říct slušně, že jo? No zkrátka že se jim na to můžu vyprdnout! To mi bylo tak 13-14 let... A to jsem si tedy zamakal, to Vám povím! ...Stejně je vůbec nepoužívám a o berlích jsem šel naposledy... No... ve 20 letech...? Ale tak naučili mě to, to jim nemůžu upřít! (smích)...*“

Jak je patrné z předchozí citace, měli v Hamzově léčebně snahu naučit Václava chodit o berlích. Začátky nebyly příliš slavné a Václav se tomuto nácviku bránil. Po určitém čase ale

přeci jen zaznamenal pokrok a po tři čtvrtě roce byl schopen přejít z berlí s více opěrnými body (tzv. „koziček“) na berle normální. Také Václav vzpomíná na nácvik pádů, který byl součástí výuky a který jsem popisovala v předchozí kazuistice (kazuistika č. 2). V 15 letech ale podstoupil operaci (viz. dále), po které se jeho zdravotní stav bohužel zhoršil. Chůze o berlích pro něj byla díky tomu velmi obtížná, a tak od ní postupně úplně upustil.

#### **8.1.4 Adolescence**

Devátou třídu, jejíž absolvování léčebna v Luži-Košumberku v té době nenabízela, dokončil v Praze v Jedličkově ústavu. Dále pak nestudoval. Uvádí, že měl o pokračování studia zájem, nakonec to však vzdal. Škola se nacházela buď v Bratislavě nebo v Košicích (jednalo se o střední a vysokou školu s ekonomickým zaměřením pro osoby s tělesným postižením). Velká vzdálenost a délka studia (Václav se obával především toho, zda by zvládl tak dlouhou dobu bez rodiny) ho však od jeho plánů odradily.

#### **8.1.5 Dospělost**

Od 18 let bydlel Václav opět u rodičů. Vzhledem k tomu, že oba v té době chodili do zaměstnání, trávil Václav doma téměř celý den sám. Byt nebyl bezbariérový, rekonstrukce ale bohužel nepřipadala v úvahu (vzhledem k finanční situaci a dodržení stavebních předpisů). Provedli tedy alespoň nějaké drobné úpravy tak, aby si Václav zvládl poradit a postarat se o sebe (např. aby si zvládl ohřát jídlo, dojít na WC apod.). Po nějaké době si sehnal zaměstnání ve společnosti Meta Praha, kde poznal i svou budoucí přítelkyni Annu. Václav přiznává, že si práci hledal především z důvodu, aby nadále nemusel celé dny trávit sám doma. U rodičů vydržel až do roku 1992, kdy dostal příležitost nastěhovat se i s partnerkou do bezbariérového domu Meta na Kladně. Té samozřejmě využil.

Roku 1996, tedy o 4 roky později, se nechal znovu zaměstnat. Jeho nově nabytý pracovní poměr však vedl k čím dál prudším hádkám s přítelkyní, které vadilo, že je často sama doma a také to, že byl Václav po příchodu z práce unavený a nevěnoval se jí podle jejích představ. Hádky trvaly přibližně rok, možná něco málo přes. Potom přišel rozchod. A zde bych opět použila jednu Václavovu citaci: „... *Anče (partnerce) se pak nelíbilo, že je často sama doma. Ona v té době nepracovala a asi se doma nudila, nevím. Na druhou stranu peníze, ty se jí líbily! ...Dost jsme se kvůli tomu teda hádali, ale postupně naše hádky přešly k úplným blbostem. Přišlo mi, že jí vadí i to, že dýchám. No a pak jsem jednou přišel domů z práce, ještě jsem se teda zdržel u kamaráda, to ona věděla, no a když jsem přišel domů, ona už tam nebyla. Ani její věci, nic. Nejdřív mě to teda dost našťvalo, že odešla takhle a neměla ani tu slušnost mi říct proč a kam jde, ale po čase jsem si řekl, že se mi vlastně ulevilo a že je to*

*asi dobře... Protože kdyby mi to řekla, akorát bychom se zase pohádali a k ničemu by to nebylo. A já byl upřímně rád, že se po příchodu z práce už s nikým hádat nemusím...“*

Po rozchodu byl Václav skoro 12 let bez partnerky. Za tu dobu se stal opět poněkud nemluvným a nespolečenským. Veškerý jeho sociální kontakt se v té době omezoval na nadřízené v práci a na osobní asistenty či ošetřovatele, kteří mu pomáhali se sebeobslouhou.

Když dal ale v roce 2009 výpověď, začala být samota skličující i pro něj. Pomocí internetu a sociálních sítí si našel svou další partnerku Janu. S tou vydržel 5 let, konkrétně do doby, než se začal stýkat se Zitou. Ti dva (Václav a Zita), ač bydleli ve stejném domě, se za celá léta prakticky nepotkali. S Janou Václav společnou domácnost nikdy nesdílel, vídali se pouze 2x v týdnu. Rozchod tedy nebyl nijak moc dramatický.

Od roku 2015 bydlí Václav společně se Zitou. Ta se přistěhovala za ním do bytu v bezbariérovém domě Meta. K dispozici jim je pečovatelská služba a služba osobní asistence. Zita je oproti Václavovi fyzicky zdatnější a pohyblivější. Ten se pohybuje pomocí elektrického vozíku. Zita používá berle. Václav má ale na rozdíl od ní intelekt v normě (ona má lehkou mentální retardaci). Mohou si tak navzájem pomáhat s úkony, na které ten druhý nestačí.

Václav v současné době potřebuje pomoc a podporu asistentů při osobní hygieně (sprchování a WC; čištění zubů a mytí rukou zvládá sám bez asistence), při přesunech (z vozíku na postel, WC apod.), při rehabilitaci (např. při cvičení) a při oblékání. Pomoc asistentů využívá občas i při nákupech, s jejich službami ale v tomto případě není úplně spokojený (chce si vybrat sám – to mají společné se Zitou) a proto volí spíše formu doprovodu.

Z pomáhajících technologií v rehabilitaci klient v současné době využívá vozík, zvedák a polohovací postel. Dalšími pomůckami jsou pak speciálně upravený počítač na hlasové ovládání.

## **8.2 Rodinná anamnéza**

Co se týče rodinné anamnézy, je Václav jedinou osobou s touto diagnózou, jak v užším, tak v širším rodinném kruhu. Kromě něj se tedy v rodině jiný případ DMO nevyskytl. Matka, otec i mladší sourozenec jsou zdraví. Václav má pouze jednoho bratra, který je mladší o necelé 3 roky.



Václavovi rodiče jsou stále na živu a v dobré fyzické kondici. Václav se s nimi pravidelně stýká, zhruba 1 za měsíc za ním jezdí na návštěvu. S mladším bratrem momentálně není moc v kontaktu z důvodu, že ten žije v zahraničí.

### 8.3 Zdravotní anamnéza

Jak jsem již zmiňovala v anamnéze osobní, Václav má spastickou DMO, hemiparetickou formu (získanou). Ta mu byla diagnostikována přibližně v 1 roce. Pravá polovina těla je v jeho případě postižena výrazněji než polovina levá, není schopen samostatné chůze. Václav používá od dětství (přesný věk nedokáže určit) k přesunům v prostoru vozík. Do 20 let měl k dispozici mechanický vozík, poté se mu podařilo získat vozík elektrický, který využívá i v současnosti. Václavovi intelektové schopnosti jsou zachované, tedy v normě.

U klienta probíhá farmakoterapie. V současné době užívá Václav Sirdalud a Doretu.

#### 8.3.1 Operace

Svou první a zároveň poslední operaci absolvoval Václav v roce 1976. Jednalo se o ortopedický zákrok na podkolenních šlachách (flexory), který mu měl usnadnit chůzi o berlích. Zákrok byl proveden v Hradci Králové. Operace se ale bohužel nepovedla a jeho zdravotní stav se namísto očekávaného zlepšení zhoršil. Uvedla bych zde opět jednu z Václavových citací: „...*Na tu operaci jsem šel proto, aby se mi lépe chodilo o berlích. Nijak nutně jsem ji nepotřeboval. Teda ne, že nepotřeboval, ale nutná nebyla. Nehrozilo mi žádné zkroucení (deformity), zhoršení stavu nebo tak... Nicméně doktor mi tenkrát řekl, že pokud chci chodit o berlích, rozhodně by mi ji doporučil. Doma jsme to teda docela dlouho řešili, a nakonec se rozhodli, že na ni půjdu. Operovali mi obě nohy zároveň a 2 měsíce jsem měl sádry. Jenže pak se zjistilo, že se operace nepovedla a že se mi tam dokonce přerušily nějaké nervy, to nevím úplně přesně co to bylo... No ale přišli na to až po 3 měsících. První dva měsíce po operaci jsem měl teda ty sádra a pak se mě další měsíc pokoušeli rozcvičovat, načež teda zjistili, že to nepůjde a že tam bude něco špatně...*“

Po nezdařené operaci se Václav znovu učil chodit o berlích. Šlo mu to ale podstatně hůře než předtím. Postupně tedy od nácviku upustil a berle používal pouze v případě nutnosti (např. když byl doma sám a potřeboval dojít na WC), jinak používal k přesunům vozík.

#### 8.3.2 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace probíhala u Václava zhruba od 1 roku. Jak jsem již zmiňovala v anamnéze osobní, otec s Václavem navštěvovali MuDr. Václava Vojtu, který aplikoval

svou metodu reflexní lokomoce a naučil ji i Václavova otce. Cvičili tedy doma a za MuDr. Vojtou jezdili 1x měsíčně na kontroly. Léčebná rehabilitace v té době probíhala převážně v domácím prostředí. Půl roku (2,5-3 roky) strávil Václav v dětské rehabilitační léčebně v Železnici u Jičína. Zde probíhala snaha o celkové zlepšení jeho zdravotního stavu, bohužel však bezvýsledně.

V předškolním věku (konkrétně ve 4 letech) se Václav dostal do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku. V léčebné rehabilitaci zde zpočátku převažovala Vojtova metoda reflexní lokomoce, ale po roce 1968, kdy její autor emigroval, dostali v léčebně zákaz ji používat. Další rehabilitace tedy probíhala spíše na bázi polohování a protahování. Václav zde trávil vždy jeden týden a další byl doma s rodinou. Po emigraci MuDr. V. Vojty začali s otcem jezdit na kontroly do Malešic a Vinohradské nemocnice. V aplikaci Vojtovy metody reflexní lokomoce pokračovali i nadále.

Jak jsem ji uvedla v anamnéze osobní, Václav docházel na prvním stupni do dvou škol zároveň. Léčebná rehabilitace tedy i nadále probíhala střídavě doma a v Hamzově léčebně. Doma stále převládala Vojtova metoda reflexní lokomoce, v Luži-Košumberku pak rehabilitace probíhala na bázi polohování a protahování, některé prvky z Vojtovy metody se však užívaly i zde. Václav se tu snažil provádět nácvik chůze o berlích a učil se správné technice pádů (více popsáno v kazuistice č. 2).

Během roku, který strávil v Jedličkově ústavu, využíval léčebnou rehabilitaci pouze doma (trávil zde víkendy). Václav uvádí, že veškerá pozornost v Jedličkově ústavu směřovala ke studiu a na rehabilitaci zde nezbýval čas.

Po návratu k rodičům absolvoval 2x lázeňský pobyt v délce 6 týdnů (v roce 1980 a 1984). Ten mu prý nijak výrazně nepomohl, ale ani neuškodil a pro Václava to byla příjemná změna. V této době již necvičil ani nevyužíval Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Zpočátku se věnoval nácviku chůze o berlích, po získání zaměstnání od něj ale ustoupil. Ve 20 letech získal elektrický vozík, který k přesunům v prostoru využívá i v současné době.

Poté, co se přestěhoval do bezbariérového domu Meta, absolvoval ještě 2x lázeňský pobyt (v Jánských lázních). Efekt byl zhruba stejný jako předtím. Jeho zdravotnímu stavu to viditelně neprospělo, pro Václava to však byla příjemná změna prostředí.

V současné době využívá Václav z léčebné rehabilitace farmakoterapii a opět Vojtovu metodu reflexní lokomoce. 1x týdně za ním dochází rehabilitační sestra, která s ním cvičí.

## 8.4 Sociální anamnéza

Po narození žil Václav ve společné domácnosti s matkou a otcem. V té době se Václavův sociální kontakt omezoval převážně na rodiče, případně prarodiče. Po necelých 3 letech do rodiny přibyl mladší sourozenec.

Od 4 let pobýval Václav střídavě doma a v Hamzově léčebně v Luži-Košumberku. Tak tomu bylo až do jeho 15 let. Poté byl na rok umístěný v Jedličkově ústavu, kde měl možnost dodělat si 9. třídu ZŠ. Domů jezdil během tohoto roku pouze na víkendy. Po zdárném ukončení studia se vrátil zpět k rodičům, kde bydlel dalších 14 let.

V roce 1992 dostal nabídku přestěhovat se do bezbariérového domu Meta na Kladně. Prvních 5 let obýval společnou domácnost s partnerkou, po rozchodu zde zůstal bydlet sám. Další přítelkyni si našel až v roce 2009, s tou však společnou domácnost nesdílel.

V současné době žije stále v bezbariérovém domě Meta se svou novou partnerkou Zitou.

Jak jsem již zmiňovala v anamnéze osobní, Václavovi rodiče stále žijí a aktivně se spolu stýkají.

### 8.4.1 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace probíhala u Václava určitou formou od raného dětství. Zpočátku se jednalo především o samotné přijetí postižení a snahu otce o nalezení vhodné formy rehabilitace.

Po nástupu do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku byla Václavovi sociální rehabilitace poskytována především formou ubytování a stravy, pomocí při osobní hygieně, nácvikem samostatnosti, nácvikem zvládání péče o vlastní osobu apod. Na výlety a získávání kontaktů se společenským prostředím zde moc času nebylo. Václav měl možnost poznat zde nové lidi a navázat s nimi kontakty, toho ale příliš nevyužíval. On i jeho partnerka (Zita) se shodují, že jeho jediným přítelem zde (a zároveň jediným člověkem, se kterým byl ochotný komunikovat) byla právě ona. Václav, díky své nechuti komunikovat, několikrát navštívil psychiatra. Zaměstnanci léčebny si to přáli. Uvedla bych zde opět jednu citaci, tentokrát Zitinu: „...*No on tenkrát vůbec s nikým nechtěl mluvit, jenom se mnou. Nevím proč. Možná jsem se mu už tenkrát líbila! (smích) No ale ošetřovatelé chtěli, aby kvůli tomu navštívil psychologa. Já se nabízela, že půjdu s ním, ale oni, že ne, a tak šel sám. A samozřejmě to dopadlo tak, že se zatvrdil a neřekl jim vůbec nic... No a takhle to zkusili ještě několikrát,*

*ale výsledek byl pořád stejný, že jo... Tak toho pak nechali. Možná že když viděli, že se mnou normálně komunikuje, řekli si, že je to asi lepší než nic... A hlavně s ním to není lehké, on, když si umane, že nebude mluvit, tak mluvit prostě nebude a je to. On je Václav taková tvrdá palice...(smích)...* “

V Jedličkově ústavu byla sociální rehabilitace opět poskytována především formou ubytování, stravy, pomoci při osobní hygieně, nácvikem samostatnosti, nácvikem zvládání péče o vlastní osobu apod.

V současné době je Václavovi poskytována sociální rehabilitace opět formou ubytování, stravy, pomoci při osobní hygieně, nácvikem zvládání péče o vlastní osobu atp. Služba osobní asistence mu zprostředkovává i kontakt se společenským prostředím (v jeho případě není tak častý jako u jeho partnerky, Václav ho nevyhledává). Také má možnost využít služeb klubu, který pro klienty pořádá různé výlety, akce atp. Toho ale Václav využil pouze jednou a tato forma mu nevyhovovala (Václav sám říká, že cestování ve skupině pro něj není, necítí se dobře). Případné výlety plánují s partnerkou spíše individuálně.

## **8.5 Pedagogická a pracovní anamnéza**

Václav ve věku 4 let nastoupil do Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku. Zde absolvoval základní školu, která byla součástí zařízení. Současně ale studoval i na základní škole běžného typu. Zde dokončil pouze první stupeň. Jelikož Hamzova léčebna v té době nabízela pouze studium osmileté, devátý rok ZŠ absolvoval v Praze v Jedličkově ústavu. Po ukončení základní školy již dále nestudoval.

Václav měl dvě dlouhodobá zaměstnání. Od roku 2009 je ale nezaměstnaný a pobírá invalidní důchod. Své schopnosti uplatňuje především v rámci domácích volnočasových aktivit (např. ruční práce – vyšívání), dále pak vypomáhá rodině s účetnictvím.

### **8.5.1 Pedagogická rehabilitace**

Jak jsem v kazuistice již několikrát zmínila, až do 4. třídy studoval Václav na dvou školách zároveň. Jelikož v této době trávil vždy 1 týden v léčebně a 1 týden doma, jeho školní docházka se odvíjela právě od místa pobytu. Obě školy Václavovi poskytovaly pedagogickou rehabilitaci především vzděláním a výchovou. V Hamzově léčebně byla škola součástí zařízení a vyučování zde probíhalo pouze 2 hodiny denně. Oproti tomu škola, kterou navštěvoval v době, kdy trávil čas doma, byla základní školou běžného typu. Více mu prý vyhovovala běžná ZŠ. V Hamzově léčebně se věnovali spíše cvičení a rehabilitaci nežli

znalostem. To Václavovi, jehož intelekt je v normě, přišlo nedostačující. Naučil se zde ale používat jednu z kompenzačních pomůcek, konkrétně berle. Zařadila bych opět jednu Václavovu citaci: „...*No v té normální škole jsem byl samozřejmě osvobozený z tělocviku. Klasifikovat mě teda museli, ale když jsem ani nevstal z vozíku, natož abych udělal třeba kotrmelec nebo cokoli jiného, tak to se to pak těžko hodnotí, že jo! Takže jsem byl osvobozený, nemusel jsem cvičit a na vysvědčení jsem dostal vždycky trojku. To tak bylo prostě domluvené. V Košumberku, tam se mnou cvičili, ale zase ty znalosti... když má člověk 2 vyučovací hodiny denně, moc se toho nestihne. Takže vždycky když jsem přijel po týdnu domů, byl jsem ve skluzu, a naopak v Košumberku jsem se celý týden nudil. Teda vlastně jsem počítal příklady za Zitu, protože té ta matematika tolik nešla (smích). Ona za mě na oplátku něco vyřídila, takže já jsem nemusel a byli jsme si kvit...“*

V Jedličkově ústavu se Václavovi dostávalo pedagogické rehabilitace opět především vzděláním a výchovou, byla zde však (v té době omezená) nabídka různých volnočasových aktivit. Václav si vybral kroužek vyšívání (on sám vlastně doteď neví proč), ve kterém našel zálibu. Ta mu vydržela až do současnosti.

V bezbariérovém domě Meta, kde v současnosti pobývá, mají klienti možnost rozvíjet svou zájmovou činnost buď samostudiem nebo po domluvě s asistentem (je-li to v jeho kompetenci, případně se mohou domluvit na dopravě či doprovodu na místo k tomu určené). Služeb asistentů Václav v tomto případě nevyužívá a věnuje se pouze samostudiu v oblastech výpočetní techniky a ekonomie.

### **8.5.2 Pracovní rehabilitace**

Pracovní rehabilitaci jako takovou Václav až do své adolescence prakticky nevyužíval. Setkal se s ní až v Jedličkově ústavu. Rehabilitace pracovní se v tomto zařízení více méně prolínala s pedagogickou. Probíhalo zde určitou formou i předpracovní hodnocení a nácvik činností pro budoucí povolání. Klienti si zde mohli vyzkoušet různé formy práce a zjistit tak, která z nich by jim nejvíce vyhovovala.

Václav byl dvakrát dlouhodobě zaměstnán. První zaměstnání získal v Metě Praha, kde pracoval jako tzv. domácí dělník a jeho pracovní náplní bylo skládat krabičky, do kterých se později balily sýry. Vydržel zde 12 let a pracovní poměr ukončil z důvodu změny bydliště. Podruhé byl zaměstnán v Metě Kladno, kde pracoval jako umývač nádobí (příborů). Zde vydržel 13 let a odešel z důvodu neshod a nespokojenosti s vedením, jež si nepřál více rozebírat.

V současné době vypomáhá Václav rodině s účetnictvím. Říká, že to dělá z důvodu, že ho tato práce baví, může pomoci a být tak své rodině užitečný. Žádnou finanční odměnu za tuto práci nemá.

## 8.6 Shrnutí

Václavovi je 56 let. Diagnóza DMO mu byla sdělena přibližně v 1 roce. Cvičení a různé formy rehabilitace ho provází po celý život. Jelikož Václav většinu času opravdu poctivě cvičil, výkyvy ve zlepšování/zhoršování jeho zdravotního stavu nejsou tolik patrné. Pozitivní vliv rehabilitace byl u Václava znát nejvíce v době po nepovedené operaci. Úpadek pak v jeho schopnosti pohybu za pomoci berlí. Uvedla bych zde poslední Václavovu citaci: „...*Já na sobě žádné výkyvy v pohyblivosti nebo tak nepocíťoval. Na druhou stranu je pravda, že já jsem skoro pořád cvičil... Akorát po té operaci, to je pravda, se to (zdravotní stav) zhoršilo dost. Na to, že jsem ji podstupoval proto, abych mohl chodit o berlich... Ale je pravda, a to musím uznat, že se mi to pak díky cvičení vrátilo skoro do normálu. Už to nikdy nebylo takové, jako předtím, ale oproti tomu, jak si všichni mysleli, že je to v háji, pokrok to byl teda velký! Akorát to teda dlouho trvalo, ale tak v životě není nic hned, že jo? ...Teda, když o tom tak přemýšlím, si říkám, že kdybych se tenkrát nevykašlal na ty berle, jak bych na tom asi byl? Ale to je takové to coby kdyby... a to já nemám moc rád. Nicméně Vy jste chtěla, abych to nějak shrnul... Takže za mě tedy rehabilitace důležitá je! I u dospělých, ale především v dětství. Myslím, že to chce začít hned, jak je to možné. Mně třeba hrozně pomohl MuDr. Vojta se svou metodou. Tatínek mi vyprávěl, že než jsme k němu začali chodit, byl jsem úplný „hadrák“. No prostě jsem vůbec neovládal končetiny. S tou pravou půlkou těla to je tedy takové špatné pořádk, ale ta levá je docela dobrá. Já se teda domnívám, že Vojtova metoda mi tenkrát hrozně pomohla. A vlastně mi pomáhá doted'. Vůbec nevím, jak bych na tom dneska byl, kdyby mě za ním tatínek tenkrát nevzal. Ale to už jsme zase u toho coby kdyby...“*

Klient v současné době využívá možnosti farmakoterapie a Vojtovy metody reflexní lokomoce. Ostatní formy rehabilitace (léčebná, sociální, pracovní, pedagogická a jiné formy) jsou mu k dispozici buď v bezbariérovém domě Meta nebo externě za pomoci osobních asistentů. S jeho partnerkou, se kterou v současné době bydlí, si navzájem pomáhají. Hodně věcí dělají společně.

Václav je v současné době prý spokojený a přeje si, aby to tak i co nejdéle vydrželo.

## 9 ZÁVĚR

Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, DMO patří mezi nejčastější neuro-vývojová onemocnění, je způsobeno poruchou mozku a projevuje se postižením pohybového aparátu. Poruchy hybnosti znesnadňují především začlenění těchto jedinců do společnosti a výrazně je omezují v poznávání okolí, získávání zkušeností, dovedností a poznatků.

Praktickou část tvoří kazuistiky 3 klientů s DMO. U respondenta č. 1 jsem potřebné informace získávala na základě rozhovorů s ním, jeho matkou a pomocí dotazníku, který vyplnili jeho asistenti. U respondentky č. 2 jsem informace získávala na základě rozhovorů s ní, jejím partnerem a pomocí dotazníku, který vyplnila její asistentka. U respondenta č. 3 jsem potřebné informace získávala na základě rozhovorů s ním, jeho partnerkou a pomocí dotazníku, který vyplnil jeden z jeho asistentů.

Cílem práce bylo zjistit, s jakými formami rehabilitace se klienti ve svém životě setkali, jakým způsobem je využívali či nevyužívali a jaký vliv to mělo na jejich celkový zdravotní stav. Dále pak s ohledem na získaná data porovnat zkušenosti a výsledky, které rehabilitace těmto klientům přinesla. Toto srovnání bych uvedla zde v závěru práce.

**Léčebná rehabilitace** probíhala u respondenta č. 1 zhruba od 4.-5. měsíce věku, u respondentky č. 2 od 3 let a u respondenta č. 3 cca od 1 roku. Ve všech třech případech se na počátku jednalo především o Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Ta byla ale roku 1968 po emigraci jejího autora zakázána, respondentka č.2 a respondent č. 3 tedy dále pokračovali v léčebné rehabilitaci spíše formou protahování a polohování, ač některé prvky z metody reflexní lokomoce i nadále přetrvávaly. Respondent č. 1 a 3 cvičili doma, s respondentkou č. 2 v domácím prostředí nikdo necvičil. Během školní docházky probíhala u všech 3 klientů léčebná rehabilitace také formou nácviku denních činností za účelem dosažení maximální možné samostatnosti a nezávislosti. Respondentka č. 2 a respondent č. 3 se v této době také učili chůzi o berlích a správné technice pádů. V období adolescence a dospělosti jsou u jednotlivých respondentů ve cvičení a léčebné rehabilitaci znatelné výkyvy. Ty pak měly za následek zhoršování jejich zdravotního stavu, ohebnosti a hybnosti. Respondenti č. 1 a 3 absolvovali několikrát lázeňský pobyt, respondentka č. 2 nikoli.

*Respondent č. 1* v současné době využívá léčebnou rehabilitaci formou procvičování, protahování, nácvikem chůze pomocí chodítka a využíváním celotělové vany.

*Respondentka č. 2* v současné době využívá léčebnou rehabilitaci formou procvičování, protahování a aplikací Vojtovy metody reflexní lokomoce.

*Respondent č. 3* v současné době využívá léčebnou rehabilitaci formou farmakoterapie a aplikací Vojtovy metody reflexní lokomoce.

**Sociální rehabilitace** probíhala u všech 3 respondentů prakticky od narození. Jednalo se především o přijetí postižení ze strany rodiny a snaha o nalezení vhodných metod rehabilitace. U respondentky č. 2 proběhlo přijetí pouze ze strany matky, zbytek rodiny se s jejím postižením nemohl dlouhou dobu smířit. Ve školním věku probíhala sociální rehabilitace u respondenta č.1 formou rozvoje zájmové činnosti a účasti na nejružnějších výletech a akcích a kontaktem se společenským prostředím. U respondentky č.2 a respondenta č. 3 pak především formou ubytování a stravy, pomocí při osobní hygieně, nácvikem samostatnosti apod. Na výlety a získávání kontaktů se společenským prostředím nebyl dostatek času. V období adolescence a dospělosti byl tento typ rehabilitace všem 3 klientům poskytován nejčastěji opět formou ubytování, stravy, pomocí při osobní hygieně a nácvikem samostatnosti, zvládání péče o vlastní osobu apod.

*Respondent č. 1* v současné době využívá sociální rehabilitaci formou ubytování, stravy, pomocí při osobní hygieně a nácvikem samostatnosti, zvládání péče o vlastní osobu příležitostně kontaktem se společenským prostředím a návštěvou akcí.

*Respondentka č. 2* v současné době využívá sociální rehabilitaci formou ubytování, stravy, pomocí při osobní hygieně a nácvikem samostatnosti, zvládání péče o vlastní osobu. Služba osobní asistence jí zprostředkovává kontakt se společenským prostředím (např. doprovod při nákupu, na kávu s kamarádkami atd.). Také má možnost využít služeb klubu, který pro klienty pořádá různé výlety, akce atp. Toho ale využívá minimálně.

*Respondent č. 3* v současné době využívá sociální rehabilitaci formou ubytování, stravy, pomocí při osobní hygieně a nácvikem samostatnosti, zvládání péče o vlastní osobu. Služba osobní asistence mu zprostředkovává i kontakt se společenským prostředím (v jeho případě není tak častý jako u jeho partnerky, Václav ho nevyhledává). Také má možnost využít služeb klubu, který pro klienty pořádá různé výlety, akce atp. Toho ale Václav využil pouze jednou a tato forma mu nevyhovovala.

**Pedagogická rehabilitace** byla všem 3 klientům zprostředkovávána především během školní docházky, a to vzděláním a výchovou. Respondent č. 1 se v rámci této rehabilitace naučil ovládat mechanický vozík a kamerovou lupu, respondentka č. 2 berle a respondent č. 3 berle a elektrický vozík.



*Respondent č. 1* v současné době využívá pedagogickou rehabilitaci formou samostudia. Věnuje se vzdělávání v oboru výpočetní techniky a uvažuje i nad zdokonalováním se v anglickém jazyce.

*Respondentka č. 2* v současné době využívá pedagogickou rehabilitaci formou samostudia a návštěvou kroužku. Doma se věnuje pletení a háčkování, externě navštěvuje kurz keramiky.

*Respondent č. 3* v současné době využívá pedagogickou rehabilitaci formou samostudia. Věnuje se vzdělávání v oboru výpočetní techniky a ekonomie.

S **pracovní rehabilitací** se všichni 3 klienti setkali až v období adolescence. U respondentů č. 1 a 3 proběhlo předpracovní hodnocení a určitá forma nácviku činností pro budoucí povolání. Respondentce č. 2 se předpracovního hodnocení ani nácviku pro budoucí povolání nedostalo. Respondent č. 3 byl 2x dlouhodobě zaměstnán. Zbylí dva respondenti zaměstnaní nikdy nebyli.

*Respondent č. 1* v současné době využívá pracovní rehabilitaci v rámci chráněné dílny, která je součástí zařízení, ve kterém je ubytovaný. Finanční ohodnocení za odvedenou práci zatím nemá.

*Respondentka č. 2* v současné době využívá pracovní rehabilitaci v rámci kurzu keramiky, který navštěvuje. Finanční ohodnocení za odvedenou práci nemá, dělá to spíše pro zábavu a pocit vlastní užitečnosti.

*Respondent č. 3* v současné době využívá pracovní rehabilitaci formou výpomoci rodině, které pomáhá s účetnictvím. Finanční ohodnocení za odvedenou práci nemá.

Na závěr jsem požádala respondenty, zda by mohli vytvořit pořadí důležitosti jednotlivých rehabilitací pro jejich život. Na prvním místě je ta, která jim dle jejich názoru pomáhá nejvíce, na čtvrtém místě pak ta, jež měla na jejich život nejmenší vliv. Pořadí je následující:

*Respondent č. 1*: 1. léčebná r., 2. sociální r., 3. pedagogická r., 4. pracovní r.

*Respondentka č. 2*: 1. léčebná r., 2. sociální r., 3. pracovní r., 4. pedagogická r.

*Respondent č. 3*: 1. léčebná r., 2. pedagogická r., 3. pracovní r., 4. sociální r.

Z výzkumu tedy vyplynulo, že pro klienty s DMO je rehabilitace významnou součástí jejich každodenního života. Respondenti se domnívají, že nejdůležitější je pro ně rehabilitace

léčebná, která nejvíce pomáhá zmírnit dopady jejich onemocnění. I ostatní formy jsou pro ně důležité, žebříček hodnot je však u každého jiný. Domnívám se, že je to způsobeno rozdílným životním stylem, postojem, prioritami, zkušenostmi, zájmy a osobnostními předpoklady každého z nich.

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Prameny:

- HÁJKOVÁ, Vanda. Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 9788090446403.
- JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 8072547305.
- KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024710188.
- KUDLÁČEK, Miroslav. Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026201786.
- VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 8024607085.

### Sekundární zdroje:

- HEJCMAN, Vladislav. Integrace osob s mentálním postižením v oblasti pracovního uplatnění. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Jana Amose Komenského. Vedoucí práce PaedDr. Viola Rašínová.
- CHRASTINA, Jan a Milena TOMANOVÁ. Přístupy ovlivňující chronickou spasticitu u klientů s mozkovou obrnou. Speciální pedagogika. 2015, 25(1), 14-28. ISSN 1211-2720.
- KUDLÁČEK, Miroslav. Jak se rodí dětská mozková obrna?. Speciální pedagogika. 2009, 19(2), 150-161. ISSN 1211-2720.
- KUDLÍKOVÁ, Vendulka. Využití ergoterapie při práci s klientem DMO. Praha, 2014. Bakalářská práce. Karlova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 9788021045750.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 9788073151980.

- SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024717333.
- VÁGNEROVÁ, Marie a Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ. Psychologie handicapu. Vyd. 2. opr. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN 8070837632.
- Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění

#### **Internetové zdroje:**

- Komunitní centrum Motýlek – [www.motylek.org](http://www.motylek.org)
- Letohrádek Vendula – [www.letohradekvendula.com](http://www.letohradekvendula.com)
- Meta Kladno a.s. – [www.metakladno.cz](http://www.metakladno.cz)
- SDMO – [www.dmoinfo.cz](http://www.dmoinfo.cz)
- Užitečný život – [www.uzitecny-zivot.cz](http://www.uzitecny-zivot.cz)

## 11 RESUMÉ/SUMMARY

Práce obsahuje část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou uvedeny základní pojmy a charakteristika DMO, možnosti léčby a terapie, rehabilitace a její formy a dále jsou zde představeny některé z organizací specializujících se právě na osoby s DMO.

Praktickou část práce tvoří 3 kazuistiky osob (klientů) s DMO. Ty jsou rozděleny na anamnézu osobní, rodinnou, zdravotní, pedagogickou a pracovní.

Cílem práce bylo zjistit, s jakými formami rehabilitace se respondenti ve svém životě setkali, jakým způsobem je využívali či nevyužívali a jaký vliv to mělo na jejich celkový zdravotní stav. Dále pak s ohledem na získaná data porovnat zkušenosti a výsledky, které rehabilitace těmto klientům přinesla.

The work consists of a theoretical part and practical part. In the theoretical one there are defined basic terms (expressions) and a characterization of CP- DMO, options of its curing and therapy, rehabilitation and its forms, and also some of specilized organizations focusing their activities specifically just on CP people.

The practical part consists of three (3) casuistries of persons (clients) with CP. Those are divided into personel, familly, health, pedagogical and labour anamnesis – case history.

The aim of the work was to identify what rehabilitation forms the repondents have met in their lives, in what way they have used them or not and what impact it has had on their overal health shape. Based on data obtained, the main aim was to compare results and experience that the rehabilitation to the clients has brought.

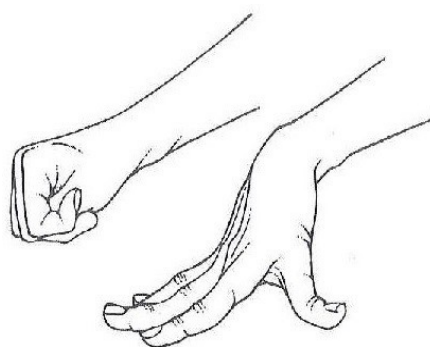
## 12 PŘÍLOHY

Veškeré zde použité obrázky jsem čerpala z publikace: *KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024710188*. U každého obrázku je také uvedena strana, ze které jsem daný materiál získala.

Obr. č. 1.:

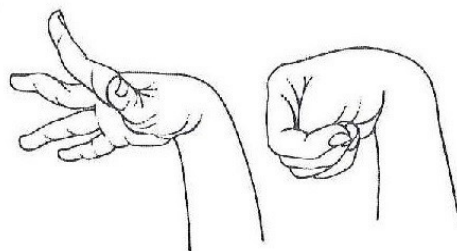


Charakteristické držení při hemiparetické formě dětské mozkové obrny



Extenze prstů s otevřením ruky a flexe prstů při jejím zavření u pacienta s hemiparetickou formou dětské mozkové obrny

Extenze prstů je možná pouze při současně palmární flexi v zápěstí. Naproti tomu sevření pěstí provází dorzální flexe v zápěstí.



Flexe prstů s addukcí palce spolu s flexí zápěstí, přetrvávajícím reflexním úchopem a na druhé kresbě patrná sekundární subluxace metakarpofalangeálních kloubů na palci a interfalangeálních kloubů na prstech („labutí prsty“).

(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 70-71)

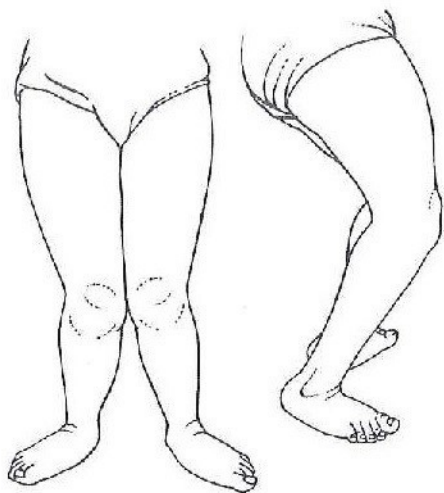
**Obr. č. 2.:**



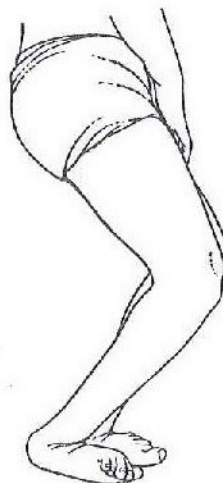
Dívka s diparetickou formou dětské mozkové obrny charakteristickou držením trupu a končetin dítěte

(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 75-76)

**Obr. č. 3.:**



*Dítě s diparetickou formou dětské mozkové obrny*

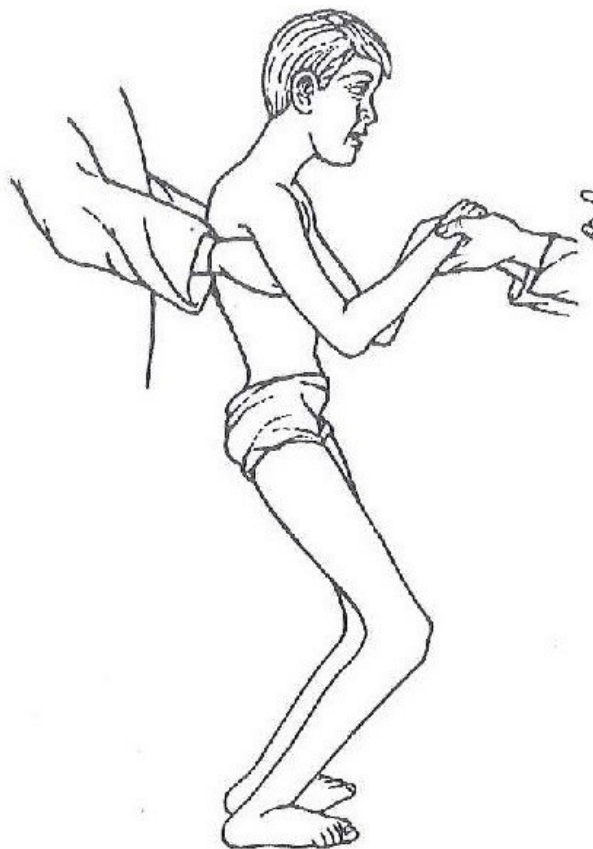


*Hákovitá noha vzniklá statickou insuficiencí*

(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., **str. 76**)



Obr. č. 4.:



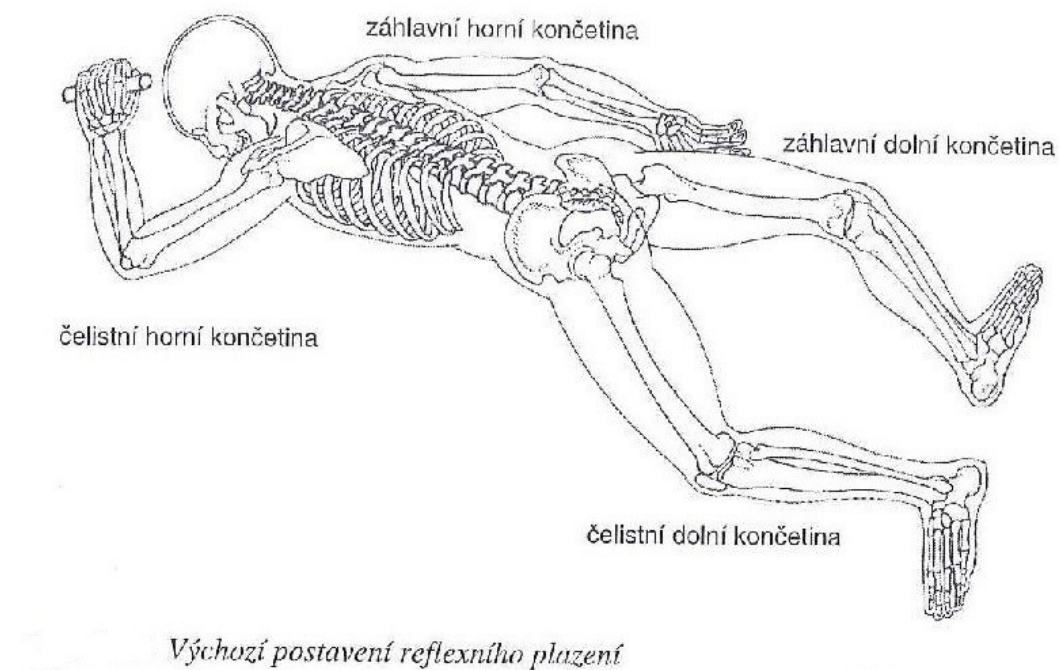
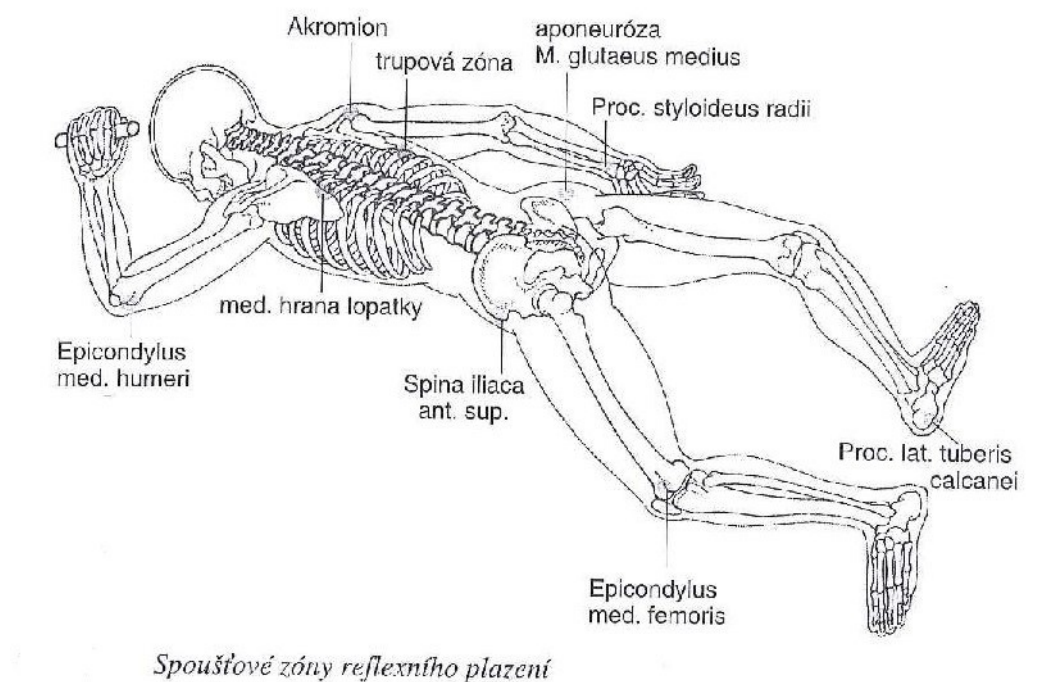
*Chlapec se spastickou kvadruparézou se možností asistovaného stoje*



*Chlapec s těžkou kvadruparetickou formou dětské mozkové obrny s charakterickou polohou kyčlí (vlání ve větru)*

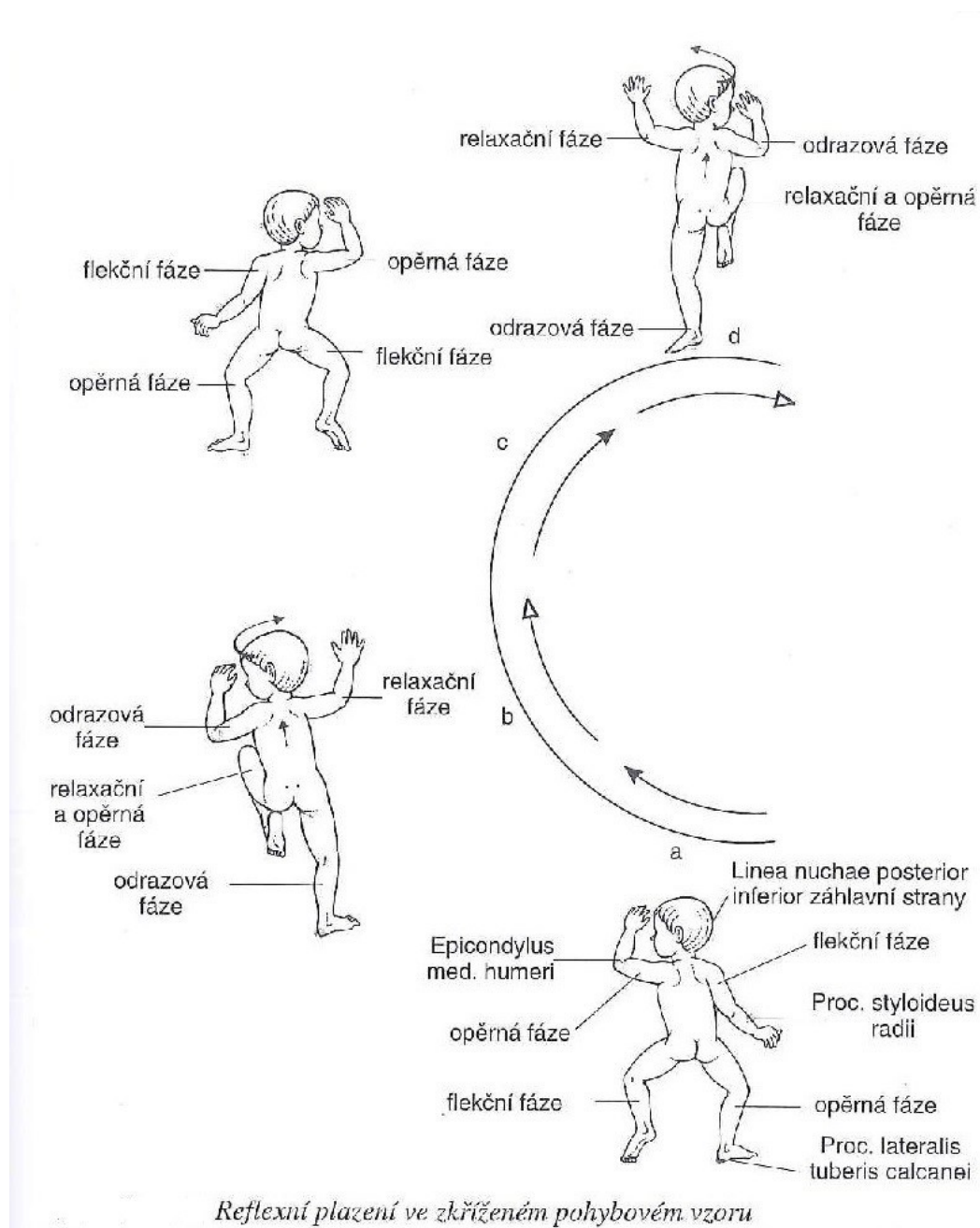
(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., **str. 80**)

**Obr. č. 5.:**



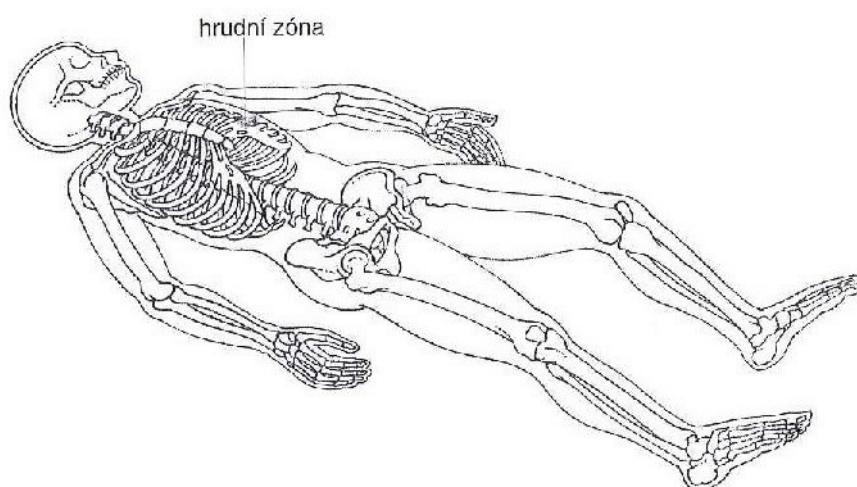
(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., **str. 197**)

Obr. č. 6.:

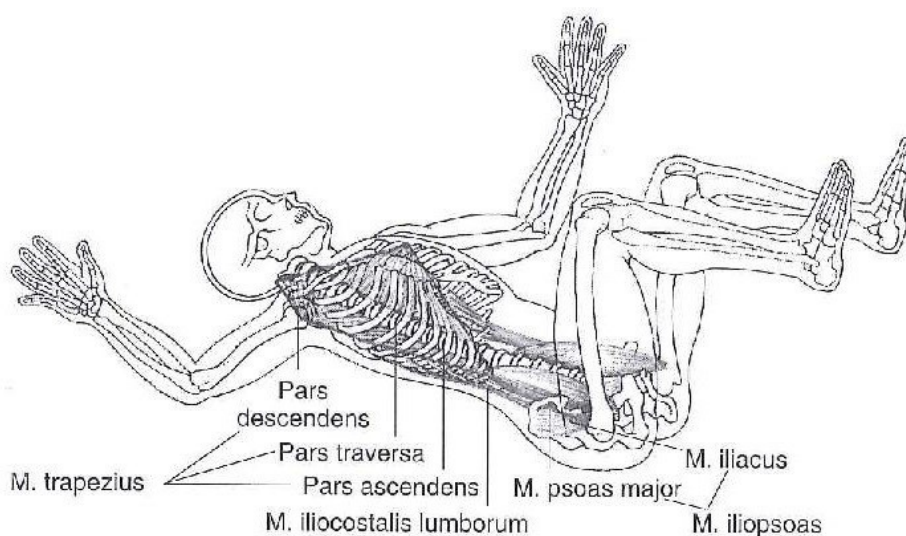


(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 199)

**Obr. č. 7.:**



*Poloha na zádech jako výchozí poloha otáčivého děje v první fázi reflexního otáčení; hrudní zóna jako vybavitel otáčivého děje – leží v oblasti 6. žebra*

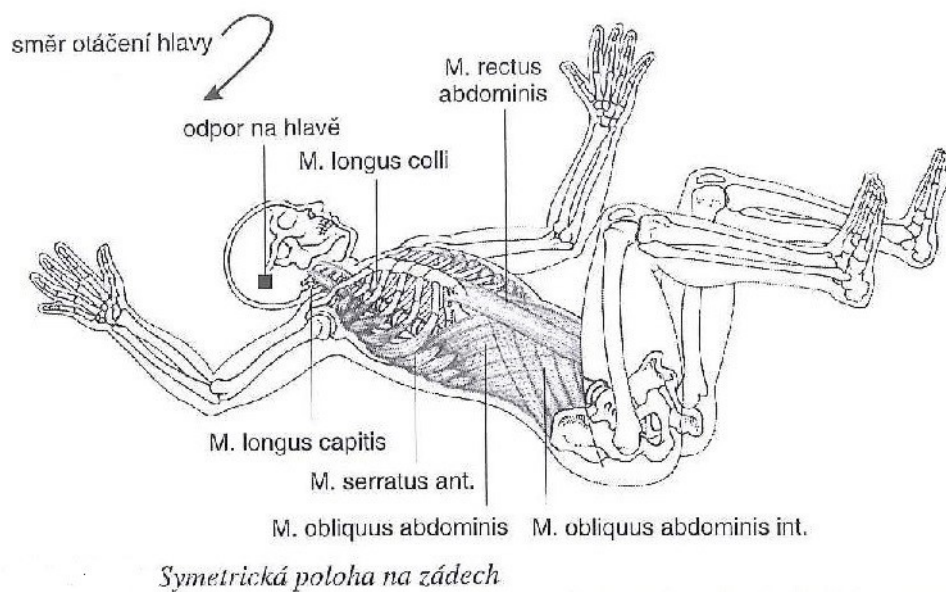
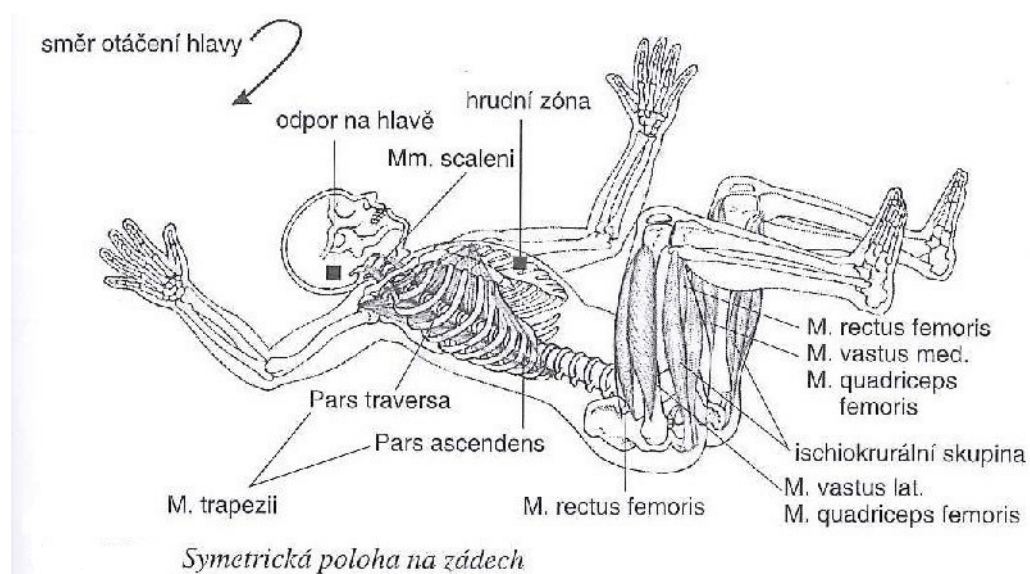


*Extenze páteře prostřednictvím synergie m. iliopsoas (a břišní muskulatury – není znázorněno) s kaudálními extenzory trupu, mezi jinými s m. iliocostalis lumborum; opěrná báze je zobrazena kontrahovaným m. trapezius*

(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 200-201)

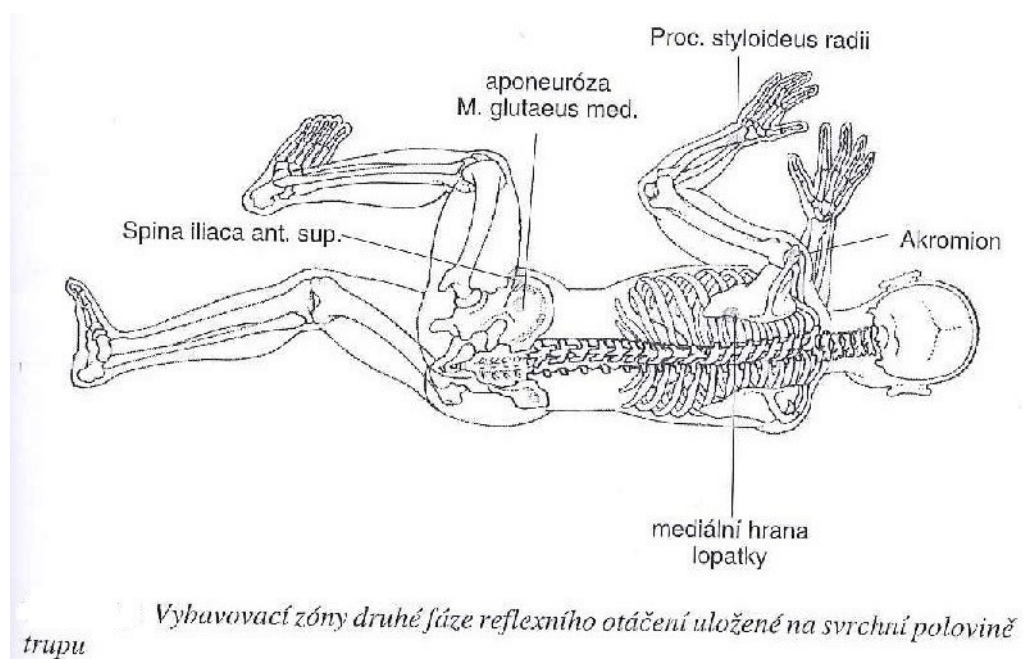
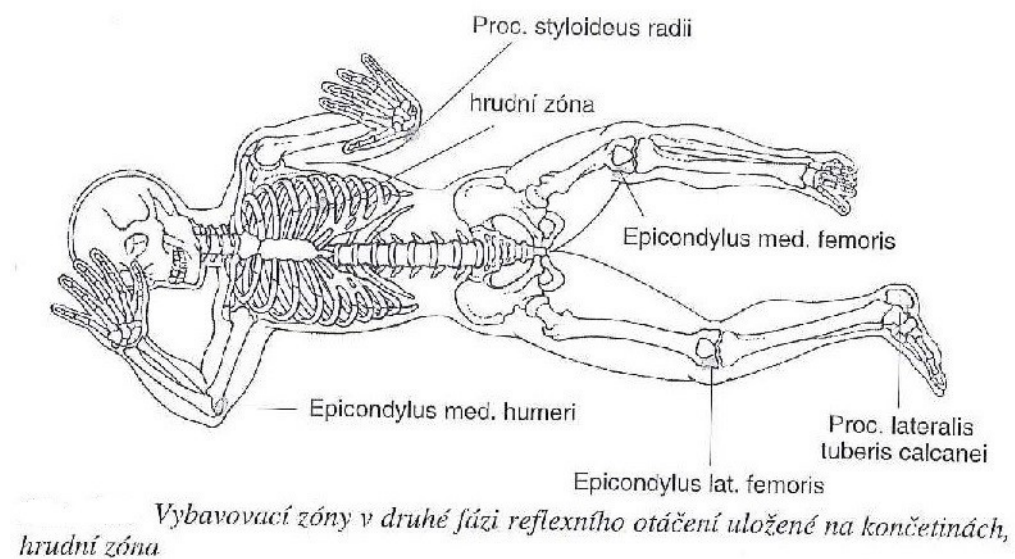


**Obr. č. 8.:**



(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 201-202)

**Obr. č. 9.:**



(KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2004., str. 203)

## **DOTAZNÍK**

1. Popište konkrétní úkony, se kterými potřebuje klient Vaši pomoc a které sám nezvládá (např. stravování, hygiena, přesuny atd.)
  
2. Využívá klient možnosti farmakoterapie? Případně jaké léky užívá?
  
3. Jsou ve vašem zařízení používány metody bazální stimulace, Bobath konceptu nebo Vojtovy metody reflexní lokomoce? Využívá je klient? Případně jak často?
  
4. Má u Vás klient možnost využít i jiné možnosti terapie, jako jsou např. vodoléčebné procedury, cvičení na míči, ergoterapie atp.? Pokud ano, uveďte prosím konkrétní příklady.
  
5. Podílíte se na léčebné rehabilitaci klienta? (cílený pohyb, jehož výsledkem je např. zlepšení koordinace, nácvik chůze atp.) Pokud ano, uveďte prosím konkrétní příklady.

6. Jakým způsobem se podílíte na sociální rehabilitaci klienta?

7. Podílí se Vaše zařízení na pracovní rehabilitaci klienta? (Např. má klient možnost v rámci Vašeho zařízení navštěvovat chráněnou dílnu atp.?) Pokud ano, uveďte prosím konkrétní příklady.

8. Poskytuje Vaše zařízení klientovi pedagogickou rehabilitaci? (má možnost se zde vzdělávat nebo rozvíjet zájmovou činnost?) Pokud ano, uveďte prosím konkrétní příklady.

9. Využívá klient pomáhající technologie v rehabilitaci? (např. kompenzační pomůcky, vozík, počítač atd.?) Jaké?